

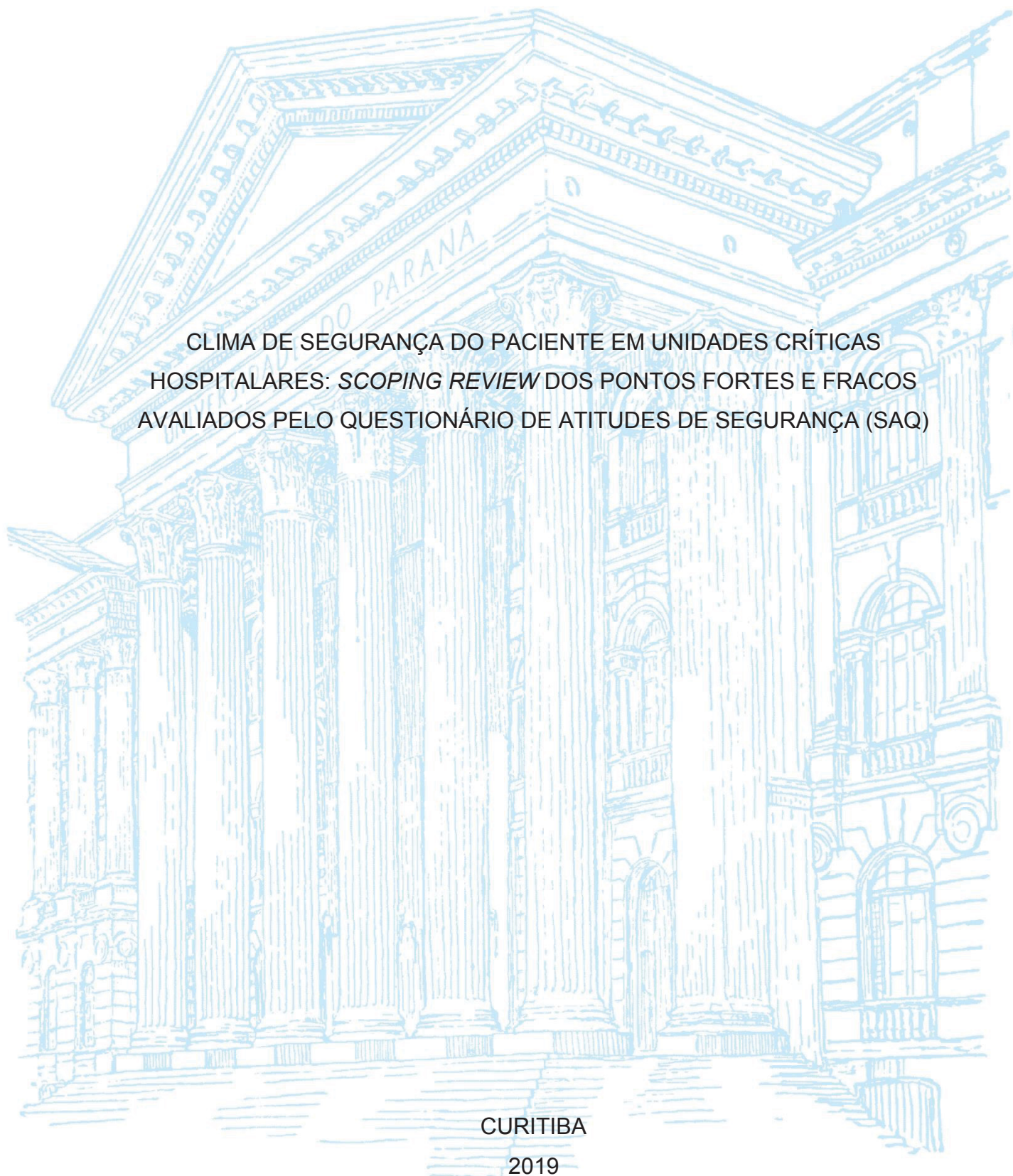
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA RAQUEL CAMPOS DE ALMEIDA BARBOZA

CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES CRÍTICAS
HOSPITALARES: *SCOPING REVIEW* DOS PONTOS FORTES E FRACOS
AVALIADOS PELO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAQ)

CURITIBA

2019



ANA RAQUEL CAMPOS DE ALMEIDA BARBOZA

CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES CRÍTICAS
HOSPITALARES: *SCOPING REVIEW* DOS PONTOS FORTES E FRACOS
AVALIADOS PELO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAQ)

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gerenciamento do Serviço de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Karla Crozeta Figueiredo.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Fernanda Miranda.

CURITIBA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Barboza, Ana Raquel Campos de Almeida

Clima de segurança do paciente em unidades críticas hospitalares [recurso eletrônico]: *scoping review* dos pontos fortes e fracos avaliados pelo Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) / Ana Raquel Campos de Almeida Barboza – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Karla Crozeta Figueiredo

Coorientadora: Professora Dra. Fernanda Moura D'Almeida Miranda

1. Segurança do paciente. 2. Unidades hospitalares. 3. Qualidade da assistência à saúde. I. Figueiredo, Karla Crozeta. II. Miranda, Fernanda Moura D'Almeida. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 362.10425

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **ANA RAQUEL CAMPOS DE ALMEIDA BARBOZA**, intitulada: **CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES CRÍTICAS HOSPITALARES: SCOPING REVIEW DOS PONTOS FORTES E FRACOS AVALIADOS PELO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAQ)**, sob orientação da Profa. Dra. KARLA CROZETA FIGUEIREDO, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 06 de Dezembro de 2019.

KARLA CROZETA FIGUEIREDO
Presidente da Banca Examinadora

CLAUDIA TARTAGLIA REIS
Avaliador Externo (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

LUCIANA SCHLEIDER GONÇALVES
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico esta dissertação ao Sistema Único de Saúde (SUS), seus gestores, profissionais e usuários. Dedico ainda à minha mãe Marlene Campos, a você devo tudo o que sou e conquistei. E por fim, dedico ao meu esposo Lucas Palmiro, pelo apoio incondicional as minhas escolhas.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, por guiar meus passos em todos os momentos, por cuidar de todos os detalhes.

A minha mãe Marlene pelo seu amor incondicional, por lutar pela realização dos meus sonhos, sempre serei a sua menina.

Ao meu esposo Lucas Palmiro, obrigada por ser o meu amor, meu companheiro. Obrigada pelos conselhos, por se alegrar pelas minhas...melhor dizendo, pelas nossas conquistas.

A minha irmã Maria Vitória pelo seu carinho e preocupação.

Aos meus sogros Sueli e Palmiro pelas orações e carinho.

Vovó Maria (*in memoriam*) e Vovô Dé (*in memoriam*) por terem dedicado as suas vidas e ensinar seus valores, pela proteção e cuidado. Mesmo em outro plano suas presenças são sentidas diariamente.

Aos meus pets Chico e Branquinha pela diversão, bagunças, cantos e conversas.

A minha psicóloga Andrea Zanicoski por ajudar no processo de transformação e autoconhecimento através da psicanálise.

A minha orientadora Dra. Karla Crozeta, exemplo de mestre, minha sincera gratidão pelos seus ensinamentos, aprendizado, paciência, sabedoria, por segurar minha mão nos momentos de adversidades que enfrentamos nessa trajetória. Deus realmente coloca as pessoas certas em nosso caminho e a senhora, sem dúvidas é uma delas.

A Dra. Fernanda Miranda minha co-orientadora, por todo auxílio e positividade.

Aos mestres do PPGENF-UFPR pelos ricos ensinamentos em cada disciplina cursada que contribuiu para meu amadurecimento profissional e pessoal.

A banca examinadora pelas valiosas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

Aos meus colegas e amigas da turma do Mestrado Acadêmico 2018-2020 em especial a Goreti, Jéssica, Aline, Bárbara, Vitória e Fran. Nossos cafés, conversas, risadas e lágrimas deixaram a trajetória mais sublime.

A bibliotecária Lidiane do campus Jardim Botânico - UFPR pelas instruções para construção das estratégias de busca.

A Débora Thaís, amiga que sempre incentivou a seguir na pós-graduação.
Gratidão pelas tuas palavras.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa do GPPGPS, Luiz, Thaiane, Carol, Sônia, Kércia e Alda, pelas trocas de conhecimento e pelo apoio mútuo.

A equipe noite 2 da UTI Cirúrgica-CHC/UFPR, por compreender muitas das minhas queixas e torcer pela vitória.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para realização desta pesquisa. Obrigada.

Resiliência é a capacidade que permite ao indivíduo manter-se bem diante de situações desfavoráveis. Reconfiguração interna do sujeito, de sua própria percepção e de sua atitude diante de adversidades, representando fator de crescimento ou desenvolvimento pessoal. Deste modo, resiliência envolve força, competência, otimismo, flexibilidade e habilidade.

(BARLACH; LIMONGI-FRANÇA; MALVEZZI, 2008; WAGNILD, 2009; CMHA, 2014)

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários até o mínimo aceitável, sendo considerada uma dimensão da qualidade da assistência. Dentre os pilares da segurança do paciente encontra-se a cultura da instituição, na qual o clima e a cultura organizacional oferecem entendimento das experiências que os profissionais vivenciam nos ambientes organizacionais. Portanto, o clima de segurança reflete a impressão dos profissionais sobre as questões de segurança no seu local de trabalho, em um determinado momento, constituindo a parte mensurável da cultura de segurança. A identificação de pontos fortes e críticos para a segurança do paciente contribui para o planejamento de ações gerenciais. A linha de pesquisa ao qual está inserido este estudo é “Gerenciamento do serviço de saúde e enfermagem”. **Objetivo:** Identificar estudos que aplicaram o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) em unidades críticas hospitalares; Verificar os pontos fortes e fracos do clima de segurança do paciente evidenciados por meio das dimensões do SAQ; Relacionar as estratégias de mudança adotadas a partir da avaliação do clima de segurança para melhoria da qualidade da assistência nas unidades críticas hospitalares. **Metodologia:** Trata-se de uma *scoping review* que apresentou como critérios de inclusão: estudos publicados em inglês, espanhol ou português a partir do ano de 2006 a 2019, que utilizaram o instrumento SAQ, SAQ-OR/SAQ versão CC e SAQ-UTI, elencando todos os domínios que compõem o instrumento nas unidades críticas hospitalares. As bases de dados para a averiguação dos estudos foram Medline/Pubmed, LILACS, CINAHL, Scopus, Web of Science e JBI Library. A seleção nas bases de dados e outras fontes resultaram em 2.111 estudos encontrados (2.103 artigos nas bases de dados e 08 estudos em outras fontes). Após leitura de título e resumo 2.011 estudos foram excluídos pois, não atenderam aos critérios de inclusão ou não apresentavam texto completo disponível. Posteriormente, restaram 100 artigos nos quais foi realizada a leitura integral dos textos, destes 70 eram duplicados e foram excluídos, restando 30 estudos. Destes, 12 foram discordantes entre os dois revisores no processo de seleção independente, ao qual, houve necessidade de encaminhar para parecer do terceiro revisor que decidiu pela manutenção de 04 artigos e exclusão de 08 deles, totalizando uma amostra final de 22 estudos. **Resultados:** Evidenciou-se que o clima de segurança na UTI e CC é predominantemente fraco com escores abaixo do recomendado (<75 pontos). Na avaliação dos escores dos seis domínios que compõem o instrumento, a “Percepção da gerência” foi o ponto mais fraco apresentado nos estudos, enquanto a “Satisfação no Trabalho” foi o único item que apresentou escore para um clima de segurança do paciente positivo, o que evidencia que mesmo quando as dificuldades prevalecem na UTI e/ou CC, os profissionais manifestaram satisfação no trabalho que exercem, valorizaram os colegas e a sua unidade de trabalho. Estratégias para melhorias da qualidade da assistência e fortalecimento da segurança do paciente foram sugeridas e/ou recomendadas pela equipe e pelos autores as quais estas podem contribuir positivamente para o clima de segurança do paciente: Implementação eficaz e eficiente da cultura de segurança de programas de intervenção personalizados de acordo com as necessidades individuais do setor; Educação em serviço da equipe; Sistemas de relatórios de notificação de EA. **Conclusão:** O clima de segurança é percebido de forma distinta pelos profissionais de saúde e gestores, e avaliá-lo nas unidades é a ferramenta gerencial inicial que permite reconhecer os pontos fortes e fracos, para a qual a partir deste diagnóstico situacional a adoção de estratégias possam ser implementadas, reavaliadas se necessário, contribuindo na construção

de novas práticas assistenciais em saúde, na qualidade da assistência e no desenvolvimento organizacional.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Clima de Segurança. Unidades Críticas Hospitalares. Qualidade da Assistência.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety is defined as reducing the risk of unnecessary harm to the minimum acceptable and is considered a dimension of quality of care. Among the pillars of patient safety is the institution's culture, in which the climate and organizational culture offer an understanding of the experiences that professionals experience in organizational environments. Therefore, the safety climate reflects the professionals' impression of safety issues in their workplace at a given time, forming the measurable part of the safety culture. The identification of strengths and weakness for patient safety contributes to the planning of management actions. This study belongs to the research line "Health and Nursing Service Management". **Aim:** To identify studies that applied the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in critical hospital units; Verify strengths and weaknesses of patient safety climate evidenced by the SAQ dimensions; Relate the change strategies adopted after the safety climate assessment to improve the quality of care in critical hospital units. **Methodology:** This was a scoping review that presented as inclusion criteria: studies published in English, Spanish or Portuguese from 2006 to 2019, which used the SAQ instrument, SAQ-OR / SAQ CC version and SAQ-UTI, listing all the domains of the instrument in critical hospital units. The databases for investigating the studies were Medline / Pubmed, LILACS, CINAHL, Scopus, Web of Science and JBI Library. Selection in databases and other sources resulted in 2,111 studies found (2,103 articles in databases and 08 studies in other sources). After reading the title and abstract, 2,011 studies were excluded because they did not meet the inclusion criteria or did not have full text available. Subsequently, 100 articles remained in which the full reading of the texts was performed, 70 were duplicates and were excluded, leaving 30 studies. Of these, 12 were discordant between the two reviewers in the independent selection process, to which it was necessary to send for the third reviewer who decided to keep 04 articles, reaching a final sample of 22 studies. **Results:** It was evidenced that the safety climate in ICUs and SC is predominantly weak with scores below the recommended (<75 points). In the evaluation of the scores of the six domains of the instrument, "Management perception" was the weakest point presented in the studies, while "Job Satisfaction" was the only item that presented score for positive patient safety climate. This shows that even when difficulties prevail in ICUs and/or SC, professionals expressed satisfaction in their work, valued colleagues and their work unit. Some strategies for improving the quality of care and strengthening patient safety have been suggested and/or recommended by the team and the authors which can contribute positively to the patient safety climate: Effective and efficient implementation of the safety culture of intervention programs specifics for which needs; Education in service with the team; AE notification reporting systems. **Conclusion:** The safety climate is perceived differently by health professionals and managers. Assessing it in the units represents an initial management tool that allows to recognize the strengths and weaknesses and perform situational diagnosis to adopt strategies to be implemented, reevaluated if necessary, contributing to the construction of new health care practices, quality of care and organizational development.

Keywords: Patient Safety. Security Climate. Hospital Critical Units. Quality of Care.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1 - CULTURA ORGANIZACIONAL, DE SEGURANÇA E CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE..... | 25 |
| FIGURA 2 - ETAPAS DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS NAS BASES DE DADOS | 50 |
| FIGURA 3 - FLUXOGRAMA DAS ETAPAS DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS, FLUXOGRAMA PRISMA | 55 |
| FIGURA 4 - SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS EVIDENCIADOS NESTA PESQUISA | 74 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| QUADRO 1 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PNSP | 20 |
| QUADRO 2 - DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO SAQ - SHORT FORM 2006 | 31 |
| QUADRO 3 - SÍNTESE DAS VERSÕES DO INSTRUMENTO SAQ | 33 |
| QUADRO 4 - CONDUÇÃO DA SCOPING REVIEW | 37 |
| QUADRO 5 - ESTRATÉGIA DE ELABORAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA, ACRÔNIMO PCC | 43 |
| QUADRO 6 - DESCRITORES UTILIZADOS NA ESTRATÉGIA DE BUSCA (DECS, MESH) E SUAS DEFINIÇÕES..... | 46 |
| QUADRO 7 - ESTRATÉGIA DE BUSCA BASE DE DADOS LILACS | 48 |
| QUADRO 8 - ESTRATÉGIA DE BUSCA BASE DE DADOS MEDLINE/PUBMED ... | 48 |
| QUADRO 9 - ESTRATÉGIA DE BUSCA BASE DE DADOS SCOPUS | 48 |
| QUADRO 10 - ESTRATÉGIA DE BUSCA BASE DE DADOS CINAHL | 49 |
| QUADRO 11 - ESTRATÉGIA DE BUSCA BASE DE DADOS <i>WEB OF SCIENCE</i> .. | 49 |
| QUADRO 12 - JUSTIFICATIVAS PARA EXCLUSÃO DOS ESTUDOS APÓS LEITURA NA ÍNTEGRA, CONFORME TÍTULO, AUTORES, ANO E PERÍODICO..... | 56 |
| QUADRO 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS POR PAÍS E ANO DE PUBLICAÇÃO..... | 58 |
| QUADRO 14 - ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO CONFORME TÍTULO, AUTORES, ANO, PERÍODICO, VOLUME, NÚMERO E INSTITUIÇÃO DE ORIGEM | 58 |
| QUADRO 15 - MÉDIAS POR DOMÍNIOS DO SAQ APRESENTADOS NOS ESTUDOS CLASSIFICADOS COMO FORTES, MODERADOS E FRACOS..... | 63 |
| QUADRO 16 - MÉDIAS POR DOMÍNIOS DO SAQ APRESENTADAS POR CATEGORIA PROFISSIONAL, CLASSIFICADOS COMO FORTES, MODERADOS E FRACOS | 68 |
| QUADRO 17 - ESTRATÉGIAS SUGERIDAS NOS ESTUDOS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E FORTALECIMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE..... | 72 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| TABELA 1 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA DOS ESTUDOS IDENTIFICADOS CONFORME A BASE DE DADOS E OUTRAS FONTES | 53 |
|--|----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ANVISA | - Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| Bdbtd | - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações |
| BVS | - Biblioteca Virtual em Saúde |
| CC | - Centro Cirúrgico |
| CINAHL | - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |
| DeCS | - Descritores em Ciências da Saúde |
| EA | - Eventos Adversos |
| EUA | - Estados Unidos da América |
| GPPGPS | - Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde |
| IASPRCH | - Instrumento de Avaliação da Segurança do Paciente Renal Crônico em Hemodiálise |
| JBÍ | - Joanna Briggs Institute |
| LILACS | - Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde |
| MESH | - Medical Subject Headings |
| Oasisbr | - Portal Brasileiro de Publicações Científicas em Acesso Aberto |
| OMS | - Organização Mundial de Saúde |
| PBE | - Prática Baseada em Evidência |
| PNSP | - Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| PPGENF | - Programa de Pós-graduação em Enfermagem |
| PubMed | - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online |
| RDC | - Resolução da Diretoria Colegiada |
| SAQ | - Safety Attitudes Questionnaire |
| SUS | - Sistema Único de Saúde |
| UFPR | - Universidade Federal do Paraná |
| UTI | - Unidade de Terapia Intensiva |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| | APRESENTAÇÃO..... | 15 |
| 1 | INTRODUÇÃO | 16 |
| 1.1 | SEGURANÇA DO PACIENTE..... | 19 |
| 1.2 | CULTURA E CLIMA: CONCEITOS E DIFERENCIAÇÃO PARA AS ORGANIZAÇÕES E SEGURANÇA DO PACIENTE..... | 23 |
| 1.3 | SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UNIDADES CRÍTICAS HOSPITALARES | 27 |
| 1.4 | O QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAQ) PARA AVALIAÇÃO DO CLIMA DE SEGURANÇA: VERSÕES, DIMENSÕES E APLICABILIDADE..... | 30 |
| 1.5 | SCOPING REVIEW..... | 35 |
| 1.6 | JUSTIFICATIVA..... | 38 |
| 2 | OBJETIVOS | 41 |
| 3 | METODOLOGIA..... | 42 |
| 3.1 | TIPO DE ESTUDO | 42 |
| 3.2 | LOCAL DE ESTUDO | 43 |
| 3.3 | QUESTÃO DA REVISÃO | 43 |
| 3.4 | AMOSTRA..... | 43 |
| 3.4.1 | Critérios de Inclusão dos Estudos | 44 |
| 3.4.2 | Critérios de exclusão | 44 |
| 3.5 | PROCEDIMENTOS PARA OBTENÇÃO DA AMOSTRA..... | 45 |
| 3.5.1 | Localização e Seleção dos Estudo | 45 |
| 3.5.1.1 | Fontes e estratégia de busca para localização dos Estudos | 45 |
| 3.5.1.2 | Seleção dos estudos | 49 |
| 3.6 | EXTRAÇÃO E SÍNTESE DOS DADOS..... | 51 |
| 3.7 | RECURSOS FINANCEIROS..... | 52 |
| 3.8 | CONFLITO DE INTERESSE | 52 |
| 4 | RESULTADOS | 53 |
| 4.1 | IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS QUE APLICARAM O QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAQ) EM UNIDADES CRÍTICAS HOSPITALARES | 53 |

| | | |
|-----|--|------------|
| 4.2 | PONTOS FORTES E FRACOS DO CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NAS DIMENSÕES DO SAQ | 62 |
| 4.3 | ESTRATÉGIAS DE MELHORIA DO CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UNIDADES CRÍTICAS HOSPITALARES SUGERIDAS NOS ESTUDOS INCLUÍDOS | 72 |
| 5 | DISCUSSÃO | 75 |
| 6 | CONCLUSÃO..... | 88 |
| | REFERÊNCIAS..... | 90 |
| | APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DOS ESTUDOS | 108 |

APRESENTAÇÃO

Este estudo compõe parte do projeto intitulado “Segurança do Paciente: desenvolvimento de ferramentas gerenciais para a organização dos serviços de saúde”, sob orientação da Professora Dra. Karla Crozeta Figueiredo, na linha de pesquisa “Gerenciamento do serviço de saúde e enfermagem”.

A aproximação com a temática Segurança do Paciente ocorreu durante a trajetória profissional da pesquisadora, mais especificamente por trabalhar como enfermeira assistencial em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino e ao participar como ouvinte das discussões do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem antes de ingressar no mestrado acadêmico.

A partir de então, foi possível conhecer e refletir sobre os riscos que os pacientes estão diariamente expostos quando submetidos ao cuidado em saúde. Posteriormente, a afinidade foi fortalecida, ao ingressar no Mestrado Acadêmico em Enfermagem, na linha de pesquisa “Gerenciamento dos Serviços de Saúde e Enfermagem” e como membro do Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS). Ao aprofundar-se na temática, passou a compreender que a cultura e clima de segurança se relaciona diretamente com os resultados, com a qualidade da assistência prestada e que o gerenciamento do serviço contribui significativamente para a prestação de cuidado seguro.

Proposta de *scoping review* que objetiva mapear os pontos fortes e fracos do clima de segurança do paciente dentro das unidades críticas hospitalares e elencar as possíveis estratégias de mudança e/ou melhorias da segurança do paciente nestas unidades.

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente configura-se como tendência mundial e apresenta-se relevante nos serviços de saúde. Essa temática representa um desafio e prioridade para a melhoria da qualidade do cuidado, devido sua complexidade e torna-se destaque nas discussões dos serviços de saúde comprometidos com o aprimoramento do cuidado ofertado (CAUDURO et al., 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários até o mínimo aceitável, referente aquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que o cuidado foi prestado, sendo considerada uma dimensão da qualidade da assistência (OMS, 2009). Deste modo, Cruz e colaboradores (2018) corroboram que na assistência em saúde o erro zero é improvável, e apesar de inerente à natureza do trabalho, os eventos adversos (EA) são evitáveis e multifatoriais. Entretanto, em âmbito internacional já existem discussões de estratégias para tornar o cuidado em saúde livre de danos e não apenas reduzi-los (LORENZINI, 2017).

Para Silva e colaboradores (2016), os riscos aos quais os pacientes estão expostos durante a assistência, quando não tratados e mitigados, podem se concretizar na forma de EA. Um estudo australiano que analisou a experiência de pacientes hospitalizados que sofreram EA, realizado por Walton e colaboradores (2017), revelou que aproximadamente 10% dos pacientes internados sofreram algum tipo de incidente com dano, principalmente relacionados à procedimentos e uso de medicamentos, dos quais 58% foram classificados como moderados e graves. Deste modo, em âmbito mundial, o cuidado inseguro à saúde causa morbidade e mortalidade significativa (JHA et al., 2010).

Esses dados são preocupantes, causam repercussão nacional e internacional devido a magnitude dos EA e justificam que as questões que tratam sobre a segurança do paciente devem ser consideradas como prioridade pela gerência dos serviços de saúde, as quais devem elaborar e organizar estratégias com bases nas normativas, favorecendo assim, a minimização de erros (FRANÇOLIN et. al., 2015). Para tanto, torna-se necessário o fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais como um importante fator condicionador ao desenvolvimento institucional de estratégias para melhoria da qualidade e redução de EA.

Nesta perspectiva, o gerenciamento contribui para o enfrentamento destes obstáculos, por meio da busca da qualidade da assistência, o que permite a reflexão crítica dos gestores dos serviços de saúde sobre o papel que estes devem desempenhar. Uma vez que suas decisões estratégicas incluem a gestão de pessoas, o planejamento das instalações, a elaboração dos procedimentos operacionais, a escolha dos equipamentos, bem como todas as outras decisões que definem a estrutura do sistema, tornando-se urgentes as ações que visam à otimização da assistência segura ao paciente com o intuito de reduzir os EA (FRANÇOLIN et. al., 2015).

Dentre os pilares da segurança do paciente encontra-se a cultura da instituição, na qual o clima e a cultura organizacional oferecem entendimento das experiências que os profissionais vivenciam nos ambientes organizacionais (SCHNEIDER; EHRHART; MACEY, 2013). Portanto, a cultura de segurança é definida como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão de uma organização (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993).

Tais valores devem ser incorporados à cultura da instituição, encorajar e motivar os profissionais de saúde, recompensar a identificação, notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança, promovendo o aprendizado da instituição (MINUZZI et al., 2016). Por sua vez, o clima de segurança reflete a impressão dos profissionais sobre as questões de segurança no seu local de trabalho, em um determinado momento, constituindo a parte mensurável da cultura de segurança (LUIZ et al., 2015).

Deste modo, uma característica importante para a qualidade da assistência, no que tange à segurança do paciente, é trazê-lo para o centro, tornando-o objetivo primordial do cuidado. Para isto, faz-se necessário que a instituição apresente uma cultura de segurança positiva, na qual valoriza as relações humanas, com crenças compartilhadas e comunicação aberta, assumindo o compromisso de priorizar a segurança e a qualidade da assistência (POUSETTE et al., 2017; HORWITZ; HORWITZ, 2017).

Assim, a efetividade do gerenciamento do cuidado seguro depende da transformação da cultura de segurança dos profissionais de saúde, do uso de indicadores de qualidade e do sistema de notificação de EA. Sendo assim, torna-se necessário que as organizações criem um ambiente em que a segurança do paciente

seja um objetivo organizacional evidente, ocupando o topo das prioridades dos gestores, e no contexto nacional, estas ações devem estar alinhadas às políticas públicas instituídas (OLIVEIRA et al., 2014; ANDRADE et al., 2018).

A partir desta premissa, os profissionais de saúde têm sido incentivados a monitorar a cultura e clima de segurança do seu ambiente de trabalho, com intuito de entender o que as equipes pensam e como atuam em relação à segurança do paciente. Deste modo, compreende-se que sensibilizar os profissionais de saúde para novos arranjos na equipe e estimular a capacidade de análise de sua atividade laboral, promove a mudança na cultura de segurança do paciente (WEGNER et al., 2016).

Ao considerar as unidades que compõem a organização hospitalar, as unidades críticas destacam-se por apresentar um cenário com um processo de trabalho complexo e caracterizam-se por ser ambientes preparados para atender pacientes gravemente enfermos, com potencial risco de morte, sendo importantes estruturas para a assistência à saúde (MAURÍCIO et al., 2017).

Compreende-se como unidade crítica aquela na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica (BRASIL. Anvisa, 2009).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) discorre sobre tais áreas, a citar: Centro Cirúrgico (CC), Unidades de Terapia Intensiva (UTI), salas de hemodiálise, os leitos ou salas de isolamento, centrais de material e esterilização, bancos de sangue e área suja de lavanderia hospitalar (BRASIL. Anvisa, 2002). Para fins desta pesquisa, foram incluídos na população o CC, a UTI e as salas de hemodiálise, compreendendo a especificidade do trabalho destas unidades e o contato direto com o paciente para avaliação do clima de segurança do paciente.

O desenvolvimento de melhores práticas que impulsionam os serviços de saúde inclui a busca por resultados positivos, satisfação do paciente, assistência livre de EA e o cumprimento de normas, reforçando a importância em enfrentar os problemas com intuito de solucioná-los, proporcionando melhoria da qualidade da assistência e fortalecendo a segurança do paciente (LIMA; BARBOSA, 2015).

1.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é uma dimensão relacionada à qualidade dos serviços prestados, sendo que, um cuidado inseguro é capaz de gerar danos ao paciente (BRASIL. Anvisa, 2013). A Portaria Ministerial nº 529/2013, também definiu segurança do paciente como “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. Refere-se a um princípio fundamental, do cuidado e um componente crítico de gestão da qualidade (TRONCHIN; FREITAS; MELLEIRO, 2016).

As discussões referentes à segurança do paciente são encontradas em diversos contextos e momentos históricos, ao qual, personagens importantes contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde, como Florence Nightingale, John Snow, Ignaz Semmelweis, Ernest Codman, Avedis Donabedian, Louis Pasteur, John E. Wennberg, Archibald Lemman Cochrane. Por intermédio deles foi possível conhecer a importância da organização do cuidado, da transmissão do cólera, da transmissão da infecção pelas mãos, da criação de padrões de qualidade em saúde, da avaliação dos estabelecimentos de Saúde, da variabilidade clínica e da medicina baseada em evidência (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

Entretanto, após a divulgação do relatório *“To Err is Human: Building a Safer Health Care System”*, pelo *Institute Of Medicine*, em 1999, que apresentou uma estimativa elevada de óbitos anuais (44.000 a 98.000) decorrentes de EA durante a assistência à saúde nos Estados Unidos da América (EUA), esta temática tornou-se relevante e, um marco histórico para as discussões mundiais e mobilizações em prol da segurança do paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Além de publicar dados alarmantes da ocorrência de EA em serviços de saúde, o relatório também apontou dados sobre a magnitude financeira destes incidentes nas organizações de saúde americanas, cujos gastos anuais representavam de 17 a 29 bilhões de dólares. Dada a repercussão mundial desta publicação, em 2004, a OMS criou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), com objetivo de divulgar estratégias que visam às boas práticas assistenciais, bem como o desenvolvimento da cultura da segurança nos diferentes contextos do cuidado em saúde (WHO, 2004).

A estratégia pioneira da Aliança é a prevenção de danos aos pacientes e o elemento central denominou-se “Desafio Global”, que periodicamente lança um tema

prioritário a ser abordado para a criação de estratégias que favoreçam a segurança do paciente (BRASIL, 2010).

Em 2001, foram iniciadas as discussões sobre a temática no Brasil com a formação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que tem o objetivo de notificar os EA e queixas técnicas referentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância e com participação voluntária dos serviços de saúde (BRASIL. Anvisa, 2018).

Entretanto, somente em 2013, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído através da Portaria nº 529, do Ministério da Saúde, que tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, nos estabelecimentos que prestam assistência, sendo estes, públicos e privados, em todo território nacional. Em 2017, por meio da Portaria Ministerial nº 5, as normas sobre as ações e os serviços referentes ao PNSP foram consolidadas. Os objetivos específicos do PNSP, estão destacados no QUADRO 1, abaixo:

QUADRO 1 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PNSP

| |
|--|
| 1) Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde |
| 2) Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente |
| 3) Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente |
| 4) Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente |
| 5) Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, de graduação e de pós-graduação na área da saúde |

FONTE: BRASIL (2013).

A cultura de segurança no PNSP, contempla cinco características, a citar: todos os trabalhadores assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; a segurança está acima de metas financeiras e operacionais; encorajamento e recompensa pela identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; aprendizagem através dos erros (fim da cultura punitiva); e proporciona-se recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

Ainda em 2013, as ações para fortalecimento da segurança do paciente foram ampliadas por meio Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, que institui ações

para a segurança do paciente nos serviços de saúde (BRASIL. Anvisa, 2013). Tais documentos suscitaram a criação do Núcleo de Segurança do Paciente nos serviços de saúde através da execução do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Além da inclusão nas políticas públicas, os serviços responsáveis por transfusões de sangue, controle e prevenção da infecção relacionada ao cuidado em saúde e serviços de anestesia foram os pioneiros na temática (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014). Dentre as estratégias a serem abordadas no PNSP, destaca-se a construção e o monitoramento de indicadores e padrões de conformidade. Para que tal estratégia fosse desenvolvida, as ações de segurança foram preconizadas por meio de seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, sendo estes: prática de higiene das mãos, prevenção de lesão por pressão, cirurgia segura, protocolos de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prevenção de quedas e identificação do paciente (BRASIL. Anvisa, 2013).

Atrelado a essas iniciativas, e, com intuito de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade, em 2008 foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Esta foi uma estratégia utilizada por grupos de enfermeiros para articulação e desenvolvimento de ações interinstitucionais para fortalecimento da segurança do paciente, e apresentou como metas: difundir os preceitos básicos no âmbito assistencial, de ensino e pesquisa; identificar pontos críticos de segurança e desenvolver ferramentas adequadas para esses locais (CIREBRAENSP, 2016).

Em 2017, a ANVISA lançou um guia intitulado “Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes”. Trata-se de um importante instrumento para orientar uma mudança na cultura dos serviços de saúde no que se refere à participação do cidadão nos processos de segurança assistencial. Essa abordagem demanda mudança de cultura nos serviços de saúde para que os profissionais possam estimular e apoiar uma atitude mais ativa dos usuários destes serviços, considerando os pacientes como parceiros que desempenham um papel responsável por sua saúde e cuidado (BRASIL. Anvisa, 2017).

Recentemente, em 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o dia 17 de setembro como o Dia Mundial da Segurança do Paciente. A celebração da data envolve o fortalecimento dos esforços na luta pelo reconhecimento da

importância da segurança do paciente como uma prioridade da saúde, uma vez que ela constitui um dos componentes mais importantes da qualidade da assistência (BRASIL. Anvisa, 2019).

Ao considerar a segurança do paciente como fundamental para a qualidade da assistência, para a satisfação do paciente e redução dos eventos adversos, as estratégias para sua melhoria estão pautadas no gerenciamento de risco, na implantação de protocolos que subsidiem o planejamento da assistência, na comunicação efetiva entre as equipes e na adoção de uma cultura de segurança pelas instituições de saúde, tendo em vista que, o fortalecimento da cultura de segurança em nível organizacional é necessário para melhorar a segurança do paciente (SIMAM; CUNHA; BRITO, 2017; MACEDO, 2019).

Evidências científicas auxiliam na compreensão da magnitude dos EA. No contexto nacional, estudo realizado por Travassos e colaboradores (2010), analisou em 03 hospitais gerais e públicos brasileiros, que os danos ao paciente decorrentes do cuidado em saúde têm importante impacto no aumento dos gastos hospitalares. Por estimativa, foi demonstrado que o volume de recursos financeiros despendidos a pessoas que sofreram algum tipo de EA em seu internamento, foi 200,5% maior ao valor pago aos que não o sofreram, conseqüentemente isto implica em desperdício no uso de recursos. Ainda, se constatou que pacientes que sofreram algum EA apresentaram um tempo maior de internamento hospitalar (28,3 dias), se comparado àqueles que não sofreram nenhum dano. A ocorrência dos EA aumenta o tempo de permanência, mortalidade e custo hospitalar. Um estudo realizado em 03 hospitais públicos de ensino do Rio de Janeiro identificou incidência de 7,6% de pacientes afetados por EA, dos quais 66,7% eram evitáveis (MENDES et al., 2009).

Outro estudo conduzido no Brasil, sobre estimativas de óbitos extrapoladas para o número de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) e na saúde privada, revelou que, ocorreram entre 104.187 e 434.112 possíveis óbitos associados a EA hospitalares (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016). Ademais, outro estudo, que teve como objetivo descrever os EA relacionados à assistência à saúde que resultaram em óbito no Brasil, notificados no Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa), entre 2014 a 2016, encontrou a ocorrência de 63.933 EA relacionados com a assistência à saúde, ao qual, 417 os pacientes evoluíram a óbito (MAIA et al., 2018). A ocorrência de EA remete a implicações negativas que atingem desde o paciente, os profissionais envolvidos e até a sociedade e alertam sobre a necessidade de melhor

compreender o contexto em que pacientes sofrem EA durante a atenção à saúde, para direcionar as políticas públicas voltadas à qualidade dos serviços (MAIA et al., 2018; MAGALHÃES et al., 2019).

Ao partir destas premissas, a segurança do paciente deve ser vista como um compromisso de toda equipe multiprofissional, tornando todos os envolvidos nas relações de trabalho corresponsáveis na promoção de ações seguras aos pacientes, isto consequentemente favorece a elaboração de informações importantes sobre o processo de segurança de um determinado grupo ou da instituição como um todo. (MATIELLO et al., 2016; MAGALHÃES et al., 2019).

1.2 CULTURA E CLIMA: CONCEITOS E DIFERENCIAÇÃO PARA AS ORGANIZAÇÕES E SEGURANÇA DO PACIENTE

A cultura organizacional é geralmente entendida como a codificação de valores, crenças, suposições, símbolos, slogans e rituais adquiridos e compartilhados pelos membros dos serviços de saúde, e compreendê-la permite projetar planos e estratégias que geram a mudança e o desenvolvimento da identidade que se formou na organização. Já o clima organizacional, reflete as percepções dos funcionários sobre a cultura organizacional, caracterizando-se por flexibilidade as condições situacionais (MANSER; BRÖSTERHAUS; HAMMER, 2016; GONZÁLES-LIMAS et al., 2018). Em suma, a cultura organizacional refere-se a missão, valores e princípios que norteiam a organização, enquanto o clima organizacional representa o conjunto de percepções compartilhadas pelos indivíduos sobre o ambiente ao qual estão inseridos (SCHNEIDER; EHRHART; MACEY, 2013).

No que diz respeito ao clima de segurança, Neal, Griffin e Hart (2000, p. 100) definem como uma “forma específica de clima organizacional, que descreve as percepções individuais do valor da segurança no ambiente de trabalho”. A cultura existe em um nível mais alto de abstração do que o clima, e o clima é uma manifestação da cultura, ou seja, a cultura de segurança é uma característica organizacional mais ampla, enquanto o clima de segurança é um subconjunto da cultura de segurança (REICHERS; SCHNEIDER, 1990; ALSALEM; BOWIE; MORRISON, 2018).

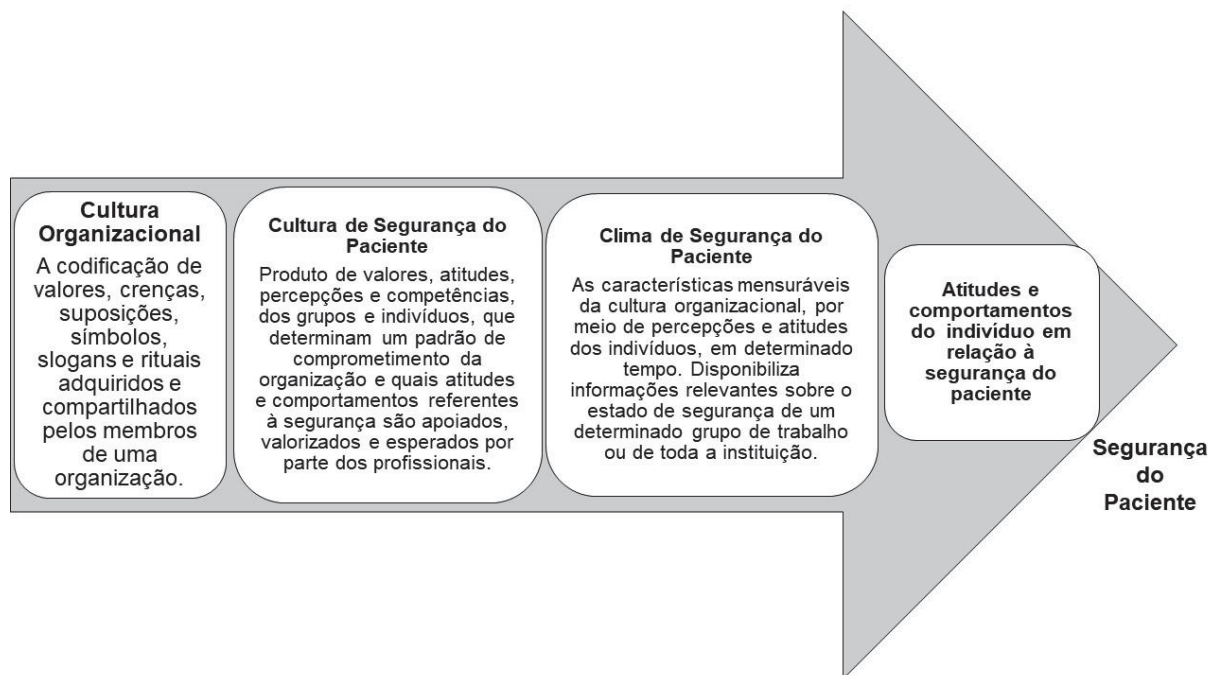
Nesta perspectiva, considerando o clima organizacional como fator propício à avaliação, este deve ser analisado de maneiras distintas: tanto pela percepção dos

profissionais, quanto pela atmosfera organizacional. Carvalho (2011), aponta que fatores estruturais e sociais distintos induz o fortalecimento do clima organizacional positivo, a citar: políticas institucionais, metas do serviço, regulamentos internos, atitudes e comportamentos que são estimulados, entretanto, caso haja necessidade de mudança no clima organizacional torna-se necessário que as organizações tenham capacidade de inovação e aceitabilidade de novas ideias.

Constantemente a literatura apresenta o termo cultura de segurança como sinônimo de clima de segurança (COLLA et al., 2005; THE HEALTH FOUNDATION, 2011), contudo, estes apresentam conceitos diferentes. Os conceitos e definições de cultura e clima de segurança derivam principalmente da noção generalista de cultura e clima organizacional. No âmbito dos serviços de saúde, a cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, percepções e competências, dos grupos e indivíduos, que determinam um padrão de comprometimento da organização e quais atitudes e comportamentos referentes à segurança são apoiados, valorizados e esperados por parte dos profissionais (BRASIL. Anvisa, 2013; REIS; PAIVA; SOUSA, 2018).

Santiago e Turrini (2015) apontam que, os fenômenos organizacionais transitam pela cultura da organização, diversas vezes não percebidos, pelo clima manifestado em dado período, e recebe a influência das lideranças e dos processos de mudança, internos e externos experimentados. Neste estudo, para exemplificar as diferenças existentes entre cultura e clima organizacional, as autoras utilizam a imagem de um *iceberg*, ao qual, a cultura corresponde aos fenômenos que estão abaixo da superfície, contudo são importantes em seu impacto sobre a segurança do sistema. A parte externa, visível, perceptível e mensurável desses fenômenos, é percebida no clima organizacional, enquanto a cultura retrata um aspecto mais profundo e difícil de ser mensurado. As características mensuráveis da cultura organizacional, por meio de percepções e atitudes dos indivíduos, em determinado tempo, caracterizam-se em clima de segurança do paciente (COLLA et al., 2005). A FIGURA 1 representa a síntese dos termos apresentados:

FIGURA 1 - CULTURA ORGANIZACIONAL, DE SEGURANÇA E CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE



FONTE: Adaptado de MANSER; BRÖSTERHAUS; HAMMER (2016); BRASIL. Ministério da Saúde (2014); REIS; PAIVA; SOUSA (2018); COLLA et al. (2005); MORELLO et al. (2013).

Neste sentido, organizações com cultura de segurança positiva ou fortalecida, substituem a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas, tendo como principais elementos: compromisso da liderança para a segurança, comunicação aberta pautada na confiança, aprendizagem organizacional, abordagem não punitiva aos erros, trabalho em equipe, e a crença compartilhada na importância da segurança (LEMOS et al., 2018). Estendendo-se ao clima de segurança positivo nas instituições, ao qual os profissionais encontram-se satisfeitos e motivados com seu trabalho, gerando consequentemente a redução dos eventos adversos, melhor produtividade, garantia de uma assistência segura e de qualidade (CARVALHO, 2011).

Deste modo, o primeiro passo para realizar planejamento das ações que visam um cuidado seguro é a avaliação da cultura e do clima de segurança, considerando que, a avaliação da cultura resulta do clima que é percebido pelos profissionais no ambiente de trabalho, possibilitando a identificação de potencialidades e fragilidades da assistência, e permitindo realizar intervenções futuras (KOLANKIEWICZ et al., 2017), pois, o clima de segurança disponibiliza

informações relevantes sobre o estado de segurança de um determinado grupo de trabalho ou de todo o serviço.

Esta avaliação fornece um indicador concreto do estado atual da cultura, da mesma maneira que acompanhar a sua evolução depois da implementação de melhorias (CARVALHO et al., 2017). Desse modo, observa-se que a avaliação é vista como ponto de partida para compreender o cenário atual e planejar ações que busquem mudanças para reduzir a incidência de EA e dos incidentes, com intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada (TIMM; RODRIGUES, 2016).

A avaliação da cultura de segurança é relevante para medir as condições organizacionais que levam a possíveis danos ao paciente nos serviços de saúde e depende do envolvimento das partes interessadas, além disso, serve como direcionamento para o gestor na implantação de estratégias que fortaleçam e incrementem a questão de segurança nas organizações (BRASIL. Anvisa, 2016; SILVA et al., 2016).

A construção e avaliação da cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde deve ser uma preocupação e prioridade por parte de todos, tornando-se um componente importante da gestão de riscos, sendo esta, o ponto de partida para compreender o cenário atual e planejar ações que busquem mudanças (ŠKLEBAR et al., 2016; TIMM; RODRIGUES, 2016).

O trabalho desenvolvido pelos gerentes nos serviços e as características pessoais dos profissionais de saúde e do paciente, causam impacto sobre a segurança do sistema assistencial e do cuidado. Deste modo, criar uma cultura de segurança que permeie todas as ações da prática assistencial torna-se um desafio, e, avaliar a cultura de segurança do paciente contribui tanto para o reconhecimento da situação organizacional como para averiguar o impacto de intervenções realizadas (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Para mensurar a cultura de segurança do paciente, o uso de ferramentas adequadas e que utilizem métodos de coletas de dados válidos, devem ser selecionadas. Para isso, existem ferramentas que mensuram a cultura e o clima de segurança do paciente nos serviços de saúde, de maneira rápida e confiável, sendo a avaliação via questionário de autopreenchimento o método mais utilizado devido à rapidez de ser distribuído por grandes grupos em pouco tempo, além de ser aplicado facilmente (ANDRADE et al., 2018). Estes instrumentos, contribuem para obter o máximo de informações a respeito dos fatores organizacionais que interferem nas

questões de segurança, e é a partir desta compreensão que as ações podem ser planejadas (CARVALHO et al., 2017).

A utilização de instrumentos válidos e confiáveis são fundamentais para a confiabilidade deste tipo de avaliação (VASCONCELOS et al., 2018). No que diz respeito à avaliação da cultura e clima de segurança do paciente, diversos instrumentos estão disponíveis na literatura para uso tanto no contexto hospitalar, como na Atenção Primária à Saúde. (SORRA; NIEVA, 2004; KHO et al., 2005; VOGUS; SUTCLIFFE, 2007; PHIPPS et al., 2012; VERBAKEL et al., 2013; CAPPELEN et al., 2016; TIMM; RODRIGUES, 2016)

Um destes instrumentos é o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), objeto desta pesquisa, que avalia o clima de segurança do paciente e tem sido amplamente utilizado em diversos países. Sua versão original pode ser aplicada a diferentes cenários das instituições de saúde e existem versões voltadas para especificidades de setores como UTI e CC, considerado instrumento válido, confiável e eficiente (SEXTON et al., 2006; MAKARY et al., 2006). No contexto nacional, em 2011, ele foi traduzido, adaptado para a cultura brasileira e validado, sendo aplicado em seis hospitais públicos terciários (CARVALHO, 2011). Neste sentido, compreender as dimensões culturais das organizações e dos seus distintos setores é fundamental para entender a causa dos erros, reduzir a incidência de EA e promover um cuidado de qualidade e seguro (TOMAZONI et al., 2015).

1.3 SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UNIDADES CRÍTICAS HOSPITALARES

As ações em prol da segurança do paciente têm sido adotadas pelas instituições hospitalares com o intuito de ofertar assistência de excelência, reduzir os custos e assegurar satisfação. Neste contexto, o ambiente hospitalar deve propiciar uma cultura de segurança positiva, para que os profissionais possam relatar os erros ocorridos, conversar sobre eles, analisá-los, reparar os pontos frágeis do processo que foram identificados, discutir e definir estratégias de melhorias (COSTA et al., 2018).

O reconhecimento dos riscos das áreas hospitalares iniciou na década de 1970, após a identificação de acidentes e das situações que comprometeram a segurança dos profissionais de saúde, expostos diariamente aos riscos presentes nestas unidades. Destaca-se que áreas críticas hospitalares são aquelas em que há

risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, tais como: salas de cirurgia, unidades de tratamento intensivo, salas de hemodiálise, leitos ou salas de isolamento, centrais de material e esterilização, bancos de sangue e área suja de lavanderia hospitalar (BRASIL. Anvisa, 2009). Ressalta-se que nesta pesquisa, foram analisadas as seguintes unidades críticas: CC, UTI e salas de hemodiálise.

A segurança do paciente no CC envolve a complexidade das atividades realizadas e a necessidade de trabalho em equipe neste cenário, cuja característica abrange diferentes categorias profissionais (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2016). Ao refletir sobre os pressupostos apresentados em relação à segurança do paciente tem-se o desafio que os serviços de saúde ofereçam um cuidado cirúrgico seguro, pois esta unidade apresenta um número elevado de EA, de causa multifatorial e atribuída a complexidade dos procedimentos, a interação das equipes interdisciplinares e ao trabalho sob pressão (BEZERRA et al., 2015; MANRIQUE et al., 2015). As complicações cirúrgicas são responsáveis por uma proporção importante de mortes ou danos ocorridos durante a assistência ao paciente, muitos deles considerados evitáveis, o que torna o CC um ambiente complexo e com risco elevado para EA, sendo assim, a assistência realizada neste cenário necessita de atenção especial, contribuindo para a segurança do paciente (SORRA et al., 2016; ABREU et al., 2019).

Além disso, o fator mais crítico para a segurança ao paciente cirúrgico é a interação dos membros da equipe cirúrgica. A literatura científica considera que a cultura das equipes cirúrgicas é rígida e resistente às mudanças (OMS, 2009). A mensuração do clima de segurança percebido pelos profissionais de saúde vêm sendo cada vez mais utilizada por meio da aplicação de instrumentos, avaliando assim, a cultura de segurança nos serviços de saúde, ao qual considera os aspectos relativos à cultura organizacional, ao clima de segurança do paciente e às peculiaridades inerentes ao processo de trabalho (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018).

No que tange a outras unidades críticas hospitalares, a UTI caracteriza-se pelo atendimento de pacientes graves ou em riscos que necessitam de atendimentos médicos e de enfermagem ininterruptos, prestados de maneira rápida, recursos humanos especializados, equipamentos específicos e com acesso a tecnologias e inovações para diagnósticos terapêuticos e produção intensa de informações (BRASIL, 2010; MINUZZI et al. 2016).

Nestas unidades, as condições clínicas do paciente oscilam entre limites estreitos de normalidade/anormalidade, por isto, a ocorrência de erros é prejudicial, a questão da segurança na assistência e o contexto no qual ele acontece, remete inevitavelmente, à avaliação dos serviços de saúde (BARBOSA et al., 2014). O trabalho na UTI gera nos profissionais de saúde desgaste físico e mental pela complexidade da assistência prestada que necessita de agilidade, aperfeiçoamento tecnológico e atualização de informações (MINUZZI et al., 2016). Estudo realizado nos EUA apresentou que EA ocorridos durante assistência ao paciente nas UTIs, resultaram em 10% dos óbitos, cujas principais causas estão relacionadas às interações complexas entre profissionais de saúde e a intervenção terapêutica (ROSSI; EDMISTON JUNIOR, 2012).

As salas de hemodiálise são classificadas como unidade crítica hospitalar e destacam-se por serem locais em que são realizados procedimentos invasivos com a utilização de equipamentos de alta tecnologia, por possuírem pacientes críticos, com alta rotatividade e pelo uso de medicamentos potencialmente perigosos. Mais de 112.004 pacientes realizam tratamento dialítico no Brasil, dos quais, 91,4% são submetidos à hemodiálise, sendo a modalidade majoritariamente prescrita no país. Esses pacientes possuem características que os tornam mais vulneráveis à ocorrência de EA, como: estado crítico de saúde decorrente das consequências fisiológicas da falência renal, instabilidade hemodinâmica, múltiplas comorbidades, poli farmácia, entre outros (BRAY et al., 2014; SOUSA et al., 2016). Deste modo, assistir de forma segura à população que depende da terapia substitutiva renal, apresenta alguns desafios exclusivos, além das questões genéricas de segurança do paciente, comuns a todos os serviços de saúde (BRAY et al., 2014).

Ao considerar esta complexidade, mensurar o clima de segurança permite reconhecer dimensões fortes e fracas que nortearão ações de melhorias de modo a contribuir na construção de uma cultura positiva e forte nos serviços de saúde. É a partir do reconhecimento de potenciais e fragilidades institucionais e profissionais que surgem oportunidades de crescimento e resultados cada vez mais positivos, tanto para os pacientes quanto para os serviços de saúde (COSTA et al., 2018).

1.4 O QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAQ) PARA AVALIAÇÃO DO CLIMA DE SEGURANÇA: VERSÕES, DIMENSÕES E APLICABILIDADE

Diversos questionários que mensuram o clima de segurança do paciente foram desenvolvidos. Estes vêm sendo utilizados nos serviços de saúde para medir o desempenho de *benchmarking*, diagnóstico e planejamento da melhoria da qualidade interna. Mais recentemente, eles foram usados para examinar a eficácia de estratégias destinadas a melhorar a cultura ou o clima de segurança do paciente (ALSALEM; BOWIE; MORRISON, 2018).

O SAQ é um instrumento que foi elaborado e validado nos EUA em seis estudos transversais, com uma amostra de 10.843 sujeitos, por pesquisadores da Universidade do Texas e mede o clima de segurança nos serviços de saúde, através da percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente, com boas propriedades psicométricas no qual o alfa de Cronbach varia 0,7 a 0,8 (SEXTON et al., 2006).

É um dos instrumentos mais utilizados para avaliação do clima de segurança em diversos países e seu uso foi adaptado para diferentes cenários de atenção à saúde tais como: UTI, CC, unidades de internação (enfermarias), emergências e ambulatorios (CARVALHO; CASSIANI, 2012; GÖRAS et al., 2013; BONDEVİK et al., 2014; GABRANI et al., 2015; ZENERE et al., 2015; KETIS et al., 2017).

O instrumento trata-se de um refinamento de outras duas escalas existentes, a citar: *Intensive Care Unit Managent Attitudes Questionnaire* e o *Flight Managent Attitudes Questionnaire*, utilizados pelas empresas na aviação comercial para avaliar a percepção de segurança das tripulações (SEXTON et al., 2006). O SAQ *Short Form* 2006 é a versão curta ou genérica do instrumento, no contexto brasileiro, a sua versão foi traduzida e adaptada transculturalmente por Carvalho (2011), composta por 41 itens dispondo de 5 itens que não pertencem a nenhum domínio (14, 33 a 36), sendo interpretados de forma isolada. A versão em português apresenta um coeficiente alfa de Cronbach 0,89. O SAQ *Short Form* (2006) é dividido em duas partes. A primeira delas é composta por 36 itens que correspondem a seis domínios, conforme apresentados no QUADRO 2.

QUADRO 2 - DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO SAQ - SHORT FORM 2006

| DIMENSÃO | ITENS | DESCRIÇÃO |
|-----------------------------|--------------------------------|--|
| Clima de Trabalho em Equipe | Corresponde aos itens de 1 a 6 | Qualidade do relacionamento e colaboração entre os membros de uma equipe. |
| Clima de Segurança | Itens de 7 a 13 | Avalia-se a percepção dos profissionais quanto ao compromisso/comprometimento da instituição para segurança do paciente. |
| Satisfação no Trabalho | Itens 15 a 19 | Trata-se da visão positiva do local de trabalho. |
| Percepção do Estresse | Corresponde aos itens 20 a 23 | Reconhecimento de quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho. |
| Percepção da Gerência | 24 a 29 | Refere-se à aprovação das ações da gerência ou administração na unidade em que o profissional atua ou no hospital. |
| Condições de Trabalho | Itens 30 a 32 | Trata-se da qualidade do ambiente de trabalho. |

FONTE: CARVALHO (2011).

LEGENDA: Os itens 14, 33 a 36, não pertencem a nenhum domínio sendo interpretados de forma isolada.

A segunda parte do SAQ *Short Form* (2006) visa coletar dados sociodemográficos dos profissionais participantes (por exemplo: categoria profissional, tempo e unidade de atuação, sexo). A resposta dos itens segue a escala *Likert* de cinco pontos: ‘discorda totalmente’ (A) totaliza 0 pontos, ‘discorda parcialmente’ (B) totaliza 25 pontos, ‘neutro’ (C) totaliza 50 pontos, ‘concorda parcialmente’ (D) totaliza 75 pontos, ‘concorda totalmente’ (E) totaliza 100 pontos e ‘não se aplica’. Deste modo, a pontuação final da escala varia de 0 a 100 pontos, sendo 0 a pior percepção do clima de segurança e 100, a melhor. A pontuação resulta do produto entre os pontos atribuídos divididos pelo número de questões, sendo consideradas pontuações positivas valores ≥ 75 (CARVALHO, 2011).

É possível encontrar versões do instrumento voltadas para áreas específicas, dentre elas as áreas críticas. Para cada versão do SAQ, o conteúdo do item é o mesmo, com pequenas modificações para refletir a área clínica (SEXTON et al., 2006). Dentre as diferentes versões do SAQ, destacam-se o *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room* -SAQ/OR ou SAQ versão CC, trata-se da versão modificada do SAQ que mantém as propriedades da versão genérica, sendo seu constructo de segurança do paciente adaptado para o ambiente cirúrgico e a escala de respostas. Tal instrumento apresenta alpha de *Cronbach* de 0,76, e sua tradução

e adaptação estão disponíveis na Suécia, Japão, Portugal e Brasil (MAKARY et al., 2006; LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018).

Do ponto de vista estrutural, o SAQ versão CC é formado por três partes: na primeira etapa do questionário os profissionais devem responder sobre a qualidade da comunicação e colaboração entre si, com abordagem sobre a relação com cada uma das categorias profissionais. Na segunda parte composta por 58 itens com questões destinadas a medir a percepção do profissional frente à segurança e uma questão para verificar se o sujeito preencheu o instrumento anteriormente. E, por último, a terceira etapa do instrumento, é composta pelas informações sociodemográficas (sexo, grupo étnico, categoria profissional, tempo de atuação, turno de atuação, entre outros). Ainda, há um campo aberto destinado as recomendações de três melhorias para a segurança do paciente naquele ambiente crítico. Assim como o SAQ *Short Form*, as assertivas da versão para o CC também utilizam uma escala tipo *Likert* com cinco graus de valoração e um item “não se aplica” (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2016).

A versão brasileira do SAQ versão CC tem validade de constructo satisfatória e o instrumento mostrou-se confiável apresentando o valor geral de alpha de Cronbach de 0,87 e nos domínios variaram de 0,59 a 0,82. Os domínios elencados nesta versão foram: clima de segurança, percepção da gerência, percepção do estresse, condição de trabalho, comunicação no ambiente cirúrgico e percepção do desempenho profissional. O quinto domínio da versão brasileira foi descrito como “Comunicação no Ambiente Cirúrgico” e seus itens referem-se à informação compartilhada entre os profissionais de saúde que envolvem a segurança do paciente (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018).

Outra versão comumente utilizada é *Safety Attitudes Questionnaire/Intensive Care Unit* - SAQ/ICU de Sexton, Helmreich, Neilands et al. (2006) composta por 65 itens, formado por questões que medem na percepção dos participantes, as atitudes de segurança do paciente, além das questões sociodemográficas e profissionais. Esta dispõe, ainda, de uma questão para descrever a qualidade do relacionamento com outros elementos da equipe multidisciplinar e uma questão que solicita três recomendações importantes para melhorar a segurança do paciente, no local de trabalho. As questões agrupam-se em seis dimensões: “Clima de trabalho em equipe”, “Clima de segurança”, “Satisfação profissional”, “Reconhecimento de *stress*”, “Percepções sobre gestão” e “Condições de trabalho”. Algumas versões do SAQ-ICU

incluiu uma estrutura composta por 64 itens, como a utilizada por Huang e colaboradores (2007) em um estudo desenvolvido na Universidade de Pittsburgh, ao qual, também avalia seis domínios do clima de segurança do paciente.

A versão do SAQ ICU foi aplicada para 8.646 profissionais de saúde em 179 UTIs em três países (Reino Unido, Nova Zelândia e Estados Unidos). Isso resultou em dados de *benchmarking* que as unidades clínicas usam para entender o que está fortalecido e o que necessita de melhorias em relação aos colegas identificando intervenções apropriadas. As questões são medidas em uma escala *Likert* de 5 pontos, convertida em uma escala de 0 a 100. Cada pontuação de fator é igual à pontuação média de seus itens de pesquisa de componente. Uma pontuação positiva é definida como ≥ 75 de 100 (SEXTON et al., 2006). O QUADRO 3, apresenta as versões do instrumento:

QUADRO 3 - SÍNTESE DAS VERSÕES DO INSTRUMENTO SAQ

| Versão | Características |
|----------------------------|--|
| SAQ <i>Short Form</i> 2006 | Versão curta ou genérica do instrumento; composto por 41 itens dispondo de 5 itens que não pertencem a nenhum domínio; coeficiente alfa de <i>Cronbach</i> 0,7 a 0,8. Dividido em duas partes: 36 itens que correspondem a seis domínios (“clima de trabalho em equipe”, “clima de segurança”; “satisfação no trabalho”; percepção de estresse”, “percepção da gerência” e “condições de trabalho” e a segunda sobre dados sociodemográficos dos profissionais participantes. Resposta dos itens segue a escala <i>Likert</i> de cinco pontos. Pontuações positivas valores ≥ 75 . |
| SAQ/OR ou SAQ versão CC | Constructo de segurança do paciente adaptado para o ambiente cirúrgico, desenvolvido por Makary e colaboradores (2006) nos EUA. Alpha de <i>Cronbach</i> de 0,76. Tradução e adaptação disponíveis na Suécia, Japão, Portugal e Brasil. Formado por seis domínios: “Clima de trabalho em equipe”, “Clima de segurança”, “Satisfação profissional”, “Reconhecimento de <i>stress</i> ”, “Percepções sobre gestão” e “Condições de trabalho”. Primeira parte formada por 15 itens; segunda parte 58 itens, terceira parte: dados sociodemográficos. Também utiliza escala tipo <i>Likert</i> . |
| SAQ/ICU | Criada em 2006, contém 65 itens, formado por seis domínios: “Clima de trabalho em equipe”, “Clima de segurança”, “Satisfação profissional”, “Reconhecimento de <i>stress</i> ”, “Percepções sobre gestão” e “Condições de trabalho”. Algumas versões incluem estrutura composta por 64 itens. Questões são medidas em escala <i>Likert</i> de 5 pontos; uma pontuação positiva é definida como ≥ 75 de 100. Para esta versão não existe até o momento a tradução e adaptação ao contexto brasileiro. |

FONTE: Adaptado de SEXTON et al. (2006); MAKARY et.al. (2006); LOURENÇÃO; TRONCHIN (2018).

Estudo realizado por Colla e colaboradores (2005), evidenciou que dentre os instrumentos existentes para mensurar o clima de segurança, o SAQ é o instrumento mais sensível para avaliar atitudes de segurança individuais. Outro estudo apontou

confiabilidade do SAQ como uma medida do clima de segurança, entretanto este instrumento não é capaz de detectar mudanças pequenas, o que é necessário para o clima de segurança de uma organização, assim foi sugerido um aprimoramento do instrumento, por meio, da alteração das opções de resposta e a inclusão de novos itens (SOH et al., 2016). Em contrapartida, estudo desenvolvido por Bondevik e colaboradores (2014) revelou que o SAQ em sua versão ambulatorial é uma ferramenta útil para medir vários aspectos da cultura de segurança do paciente no cenário da atenção primária em saúde.

A utilização de questionários validados que abrangem as várias dimensões que compõem o construto da cultura de segurança, contribuem significativamente para a melhoria da cultura e do clima de segurança e os resultados da aplicação devem ser informados aos profissionais e gestores para a implementação local de medidas de melhoria necessárias (BRASIL. Anvisa, 2016). Esse instrumento serviu como ponto de partida para pesquisas de clima de segurança destinadas a outras configurações de cuidados, e estão sendo utilizados para entender o que está fortalecido no serviço e quais situações necessitam de melhorias, por meio da implementação de estratégias ou intervenções com apoio às mudanças sustentáveis (MANSER; BRÖSTERHAUS; HAMMER, 2016).

Estudos realizados no Brasil, Noruega, Itália e Albânia apresentaram o SAQ como ferramenta eficaz para aferir o clima de segurança nos serviços de saúde, sugerindo explorar o efeito das características organizacionais sobre a cultura de segurança e o apoio da gestão para o processo de melhoria, por meio de ações específicas que visam o fortalecimento das áreas mais fracas apontadas nos resultados do questionário (CARVALHO; CASSIANE, 2012; BONDEVİK et al., 2014; GABRANI et al., 2015).

Gabrani e colaboradores (2015), ressaltam que a informação resultante do questionário pode ser tendenciosa e não refletir corretamente a situação real, deve-se considerar a tendência de resposta positiva, o que não deve ser excluída. As percepções da equipe variam com o tempo e serão influenciadas por eventos do cotidiano dentro do ambiente hospitalar. Entretanto, como primeira estratégia, é viável o uso dessa ferramenta nos serviços de saúde para medir as atitudes de segurança de seus funcionários regularmente. Além disso, possibilita os gestores de saúde utilizar os dados resultantes para projetar sistemas eficazes de gerenciamento de segurança e possíveis intervenções (GABRANI et al., 2015).

Gasparino e colaboradores (2017), discorrem que a maioria dos itens avaliados pelos domínios do SAQ não pressupõe grandes investimentos financeiros, mas mudanças de comportamento da equipe gerencial e assistencial, vislumbrando as potencialidades de maximizar a segurança do paciente e, consequentemente, garantir melhoria na qualidade assistencial ao desvendar fragilidades nas atitudes de segurança dos profissionais envolvidos.

1.5 SCOPING REVIEW

Atualmente, devido às inúmeras publicações científicas existentes sobre um mesmo tema torna-se propício à realização de revisões, com objetivo de captar, reconhecer e sintetizar as evidências científicas para fundamentar as estratégias qualificadas em saúde por meio da Prática Baseada em Evidências (PBE), ou seja, como empreendimento científico, um estudo de revisão influenciará as decisões de saúde e deverá ser conduzida com o mesmo rigor esperado de toda a pesquisa (DE LA TORRE UGARTE GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011; JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017). A PBE configura-se como a utilização das melhores evidências disponíveis na tomada de decisões clínicas na área da saúde (BRUM; ZUGE, 2017).

Neste sentido, diferentes formas de evidência e diferentes tipos de objetivos e questões de revisão exigem o desenvolvimento de novas abordagens que sejam projetadas para sintetizar as evidências de maneira eficaz e rigorosa (PETERS et al, 2015). A *scoping review* tem como objetivos realizar o mapeamento dos principais conceitos que sustentam uma área de pesquisa, examinar a extensão, esclarecer definições de trabalho, identificar as lacunas de conhecimento e os limites conceituais de um determinado tópico (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015).

Estudos revelam que o valor da *scoping review* para a PBE reside no exame de uma área mais ampla para identificar lacunas na base de conhecimento de pesquisa, esclarecer conceitos centrais de determinada área e descrever os tipos de evidências que abordam e informam a prática no campo (CHAVEZ et al., 2005; CRILLY; JASHAPARA; FERLIE, 2010; DECARIA; SHARP; PETRELLA, 2012). Deste modo, trata-se de uma ferramenta ideal para determinar o escopo ou a cobertura de um corpo de literatura sobre um determinado tópico e dar uma indicação clara do

volume de literatura e estudos disponíveis, bem como uma visão geral (ampla ou detalhada) de seu conteúdo (MUNN et al, 2018).

Existem várias razões pelas quais uma *scoping review* é realizada. Ao contrário de outros tipos de revisões que abordam questões relativamente precisas, como uma revisão sistemática da eficácia de uma intervenção avaliada por um conjunto preciso de resultados, a *scoping review* é utilizada para mapear os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa, bem como para esclarecer as definições de trabalho e / ou os limites conceituais de um tópico (ARKSEY; O'MALLEY, 2005).

Vale ressaltar que na *scoping review* é menos provável a abordagem de questões de pesquisa muito específicas, além disso, as recomendações para a prática são limitadas pois, a avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados geralmente não é realizada. (ARKSEY; O'MALLEY, 2005). Deste modo, os autores discorrem que, se recomendações para a prática forem desenvolvidas, espera-se que elas fluam claramente dos objetivos da revisão de escopo.

Por fornecer um mapa das evidências disponíveis de maneiras distintas, a *scoping review* é realizada como um exercício preliminar antes da realização de uma revisão sistemática mais ampla, sendo úteis para examinar evidências emergentes, colaborando também com o processo de tomada de decisão clínica e a prática (PETERS et al., 2015).

Sendo assim, o mapeamento das evidências configura-se como um processo de sintetização que permite chegar a uma evidência que transmita conhecimento amplo e profundo em determinado campo do saber (LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010). Ressalta-se que a *scoping review* tende a ser mais flexível ao compor a revisão, permitindo a utilização de uma variedade de material e fontes de busca (RUMRILL; FITZGERALD; MERCHANT, 2010).

Arksey e O'Malley (2005) discorrem que é possível identificar pelo menos quatro razões comuns que fundamentam a realização de uma *scoping review*, a citar:

- 1) Examinar a extensão, o alcance e a natureza da atividade de pesquisa: útil para mapear campos de estudo no qual é difícil visualizar a variedade de material que estar disponível.
- 2) Determinar o valor do trabalho de uma revisão sistemática completa: nesses casos, um mapeamento preliminar da literatura é realizado para identificar, ou não, se uma revisão sistemática completa é possível ou

relevante e os custos potenciais da condução de uma revisão sistemática completa.

- 3) Resumir e revelar os resultados dos estudos: esse tipo de *scoping review* descreve minuciosamente os resultados e alcance da pesquisa em áreas específicas de estudo, proporcionando um mecanismo para resumir e divulgar os resultados da pesquisa a formuladores de políticas públicas, profissionais e consumidores, que por falta de tempo ou de outra forma de recurso impossibilitariam acessar os resultados de outra maneira.
- 4) Para identificar as lacunas das pesquisas existentes: a *scoping review* faz do processo de divulgação um passo a mais para se obter conclusões sobre a literatura existente, considerando especialmente o estado de atividade da investigação em determinado campo. Designado a identificar especificamente em bases de dados, a existência e/ou as lacunas de pesquisas em uma dada temática. Além disso, o estudo também resume e divulga os resultados de trabalhos específicos e identificar a relevância da revisão sistemática completa em certas áreas de investigação.

Arksey e O'Malley (2005) foram pioneiros na estrutura sobre a condução de uma *scoping review*, ademais, Peters, Godfrey, Mcinerney e colaboradores (2015) apresentaram as melhorias propostas e elaboradas no desenvolvimento da abordagem do Instituto Joanna Brigs (JBI) para a condução da *scoping review*, apresentadas no QUADRO 4:

QUADRO 4 - CONDUÇÃO DA SCOPING REVIEW

| | |
|---------|---|
| 1 | Identificando a questão de pesquisa; Definindo e alinhando o (s) objetivo (s) e pergunta (s). |
| 2 | Identificando estudos relevantes; Desenvolver e alinhar os critérios de inclusão com o (s) objetivo (s) e pergunta (s). |
| 3 | Seleção de estudo; Descrever a abordagem planejada para pesquisa, seleção, extração e criação de gráficos de evidências. |
| 4 | Criando os dados; Procurando pela evidência. |
| 5 | Compilando, resumindo e relatando os resultados; Selecionando a evidência. |
| 6 | Consulta (opcional); Extraíndo a evidência. |
| 7, 8, 9 | Criando a evidência, resumindo as evidências em relação ao (s) objetivo (s) e pergunta (s), consulta de cientistas da informação, bibliotecários e / ou especialistas (por toda parte). |

FONTE: Adaptado de ARKSEY; O'MALLEY (2005) e PETERS et al. (2015).

Na realização da *scoping review*, deve-se seguir as etapas consolidadas no processo das Revisões Sistemáticas, ou seja, método rigoroso, transparente, com documentação detalhada e procedimentos suficientemente descritos para que o estudo possa ser compreendido e replicado por outros pesquisadores (SAITO, 2015).

1.6 JUSTIFICATIVA

A cultura de segurança do paciente tem papel fundamental para a definição de comportamentos e a implementações de ações que visem à melhoria da qualidade institucional. Avançar nesse tema é um desafio aos serviços de saúde (COSTA et al., 2018). Contudo, compreende-se que todos os aspectos da segurança do paciente, desde a mensuração da cultura e do clima de segurança, o gerenciamento até a regulamentação e capacitações, concentram-se em uma única proposta: estabelecer melhorias.

Entender, aprimorar e consolidar as dimensões fortes, fortalecer as dimensões fracas por meio de estratégias, abrange desde uma ampla gama de métodos e ferramentas práticas até análises detalhadas e teorias sobre o que funciona e o porquê, auxiliando assim, no fortalecimento da segurança do paciente que é o objetivo final de todas essas atividades (THE HEALTH FOUNDATION, 2018).

A identificação de pontos fortes e fracos para a segurança do paciente subsidia o planejamento de ações gerenciais em todo serviço com vistas a promover a cultura de segurança organizacional, a partir das lacunas identificadas e detalhadas de acordo com as diferentes dimensões (CRUZ et al., 2018).

As instituições de saúde que apresentam dimensões fortes no clima de segurança caracterizam-se pela existência de uma comunicação eficiente entre os funcionários, a confiança mútua e as percepções semelhantes sobre a importância da segurança do paciente, bem como, a eficácia das medidas preventivas (REIS, 2014), no ponto de vista do instrumento SAQ, seus autores, consideram uma percepção positiva escores igual ou acima de 75. Nesta perspectiva, ao identificar fatores que precisam ser aprimorados (pontos fracos ou percepções negativas) devem-se considerar a implementação de ferramentas gerenciais para o planejamento de ações em prol da segurança do paciente nas organizações.

Deste modo, os dados fornecidos pela aplicação do SAQ nas organizações de saúde venham tornar-se um importante aliado no reconhecimento do clima de

segurança, por auxiliar no diagnóstico da segurança do paciente que é uma importante dimensão para a qualidade. Por isso, por meio do reconhecimento dos pontos fortes e fracos dos serviços e dos profissionais de saúde surgem oportunidades de crescimento e resultados cada vez melhores, tanto para os pacientes quanto para as organizações de saúde (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

Nesta pesquisa optou-se pela *scoping review* na identificação dos pontos fortes e fracos e possíveis propostas/estratégias de melhorias para segurança do paciente, evidenciadas nos estudos que utilizaram o instrumento SAQ para avaliação do clima de segurança nas unidades hospitalares críticas, uma vez que, esta é utilizada para mapear evidências em relação ao tempo (quando foi publicado), localização (país), fonte (revisada por pares ou literatura cinzenta), abordagem (como foi estudado/ pesquisado) e/ou origem (saúde ou disciplina acadêmica, fornecendo uma visão ampla de um tópico (ANDERSON et al, 2008; DAVIS; DREY; GOULD, 2009).

A atuação dos profissionais nas unidades hospitalares críticas, é considerada uma tarefa importante, que requer alta responsabilidade e elevada capacidade técnica envolvendo responsabilidade ética e legal (RODRIGUES, 2012), sendo que, na maioria das situações as equipes estão expostas a situações de estresse, agitação, fadiga, gravidade e complexidade do cuidado aos pacientes, ao qual interfere diretamente na segurança do paciente.

Deste modo, a justificativa de aprofundamento nessa temática está pautada na carência de um sumário de evidências sobre as peculiaridades do clima de segurança do paciente dentro das unidades críticas hospitalares e que abordem as questões que envolvem o gerenciamento dos serviços de saúde. Ao considerar os estudos realizados nestes cenários, os seus diferentes ou semelhantes resultados não devem ser generalizados devido à contextos de culturas, métodos e objetivos diferentes. Entretanto é possível apropriar-se de resultados comuns, no qual a partir destes sejam possíveis adotar ferramentas de gestão, incentivar gestores, elencar estratégias de melhorias da segurança do paciente aos serviços, bem como, realizar *benchmarking* dentro e entre as instituições.

Dessa forma, a *scoping review* utilizada na avaliação de uma área mais ampla na identificação de lacunas na base de conhecimento de pesquisa (CRILLY; JASHAPARA; FERLIE, 2010), com abordagem qualitativa, será o instrumento desta

pesquisa para avaliar as dimensões fortes, fracas e possíveis estratégias com o uso do SAQ, tendo em vista sua relevância para ser estudado na perspectiva de melhoria na qualidade da assistência. Considerando que o clima de segurança positivo está associado à segurança do paciente, menor ocorrência de EA e que direcionar a mudança de prática é considerada uma estratégia fundamental neste processo, busca-se responder o seguinte questionamento: **Quais são os pontos fortes e fracos do clima de segurança do paciente medidos pelo SAQ nas unidades críticas hospitalares ?**

2 OBJETIVOS

Identificar estudos que aplicaram o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) em unidades críticas hospitalares.

Verificar os pontos fortes e fracos do clima de segurança do paciente evidenciados por meio das dimensões do SAQ.

Relacionar as estratégias de mudança adotadas a partir da avaliação do clima de segurança para melhoria da qualidade da assistência nas unidades críticas hospitalares.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Revisão Sistemática da Literatura, classificada como *scoping review* e descritiva. A *scoping review* concentra-se na exploração e na descrição da cobertura da literatura sobre um determinado tema, apresenta maior flexibilidade ao compor a revisão e permite a utilização de uma variedade de material e fontes de busca (RUMRILL; FITZGERALD; MERCHANT, 2010).

A pesquisa descritiva refere-se a descrição das características de uma população, fenômeno ou uma experiência, neste tipo de pesquisa, o assunto já é conhecido e sua grande contribuição passa a ser no sentido de proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida (COSTA; LOCKS; GIRONDI, 2017). Para mapear o tema nesta pesquisa, foram utilizadas as recomendações propostas pelo JBI. A *scoping review* do JBI, apresenta como método a busca de estudos que comprovem as causas de determinada questão almejada e o mapeamento das evidências científicas de interesse com eficácia, adequação, significado e viabilidade das práticas de saúde e métodos científicos (AROMATARIS; MUNN, 2017).

Ressalta-se que, a escolha desta metodologia para a presente pesquisa é justificada pelos itens 3 e 4 descritos acima por Arksey e O'Malley (2005). Diante do anseio de aprofundar a temática e com vistas de verificar a existência de revisões sistematizadas sobre o tema, em dezembro de 2018, foi realizada busca eletrônica nas bases de dados do JBI, Cochrane, Medline/Pubmed (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), Lilacs (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde) e na Base de Registros da Prospero, por meio de palavras chave, títulos semelhantes ao tema desta pesquisa e protocolos. Nesta busca, foi encontrado um estudo de RS realizado por Reis, Paiva e Sousa (2018) que tratou dos pontos fortes e fracos para a cultura de segurança do paciente por meio do instrumento HSOPSC, em distintas unidades hospitalares. No que diz respeito, as especificidades do clima de segurança nas unidades hospitalares críticas, não foi identificado nenhuma RS.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Sede Botânico, Bloco Didático II, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF).

3.3 QUESTÃO DA REVISÃO

Uma pergunta de pesquisa bem elaborada possibilita a definição correta de que as evidências são necessárias para a resolução da questão, e dentre outras vantagens: aumenta a recuperação de evidências nas bases de dados pesquisadas, foca o escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Para a construção da questão da revisão foi utilizada a estratégia PICO (P: paciente, I: intervenção, C: comparação, O: outcomes, desfecho), empregada na elaboração das questões de estudos de naturezas distintas. Nesta pesquisa, utilizou-se o acrônimo PICO adaptado para PCC, conforme a estratégia apresentada no QUADRO 5 abaixo:

QUADRO 5 - ESTRATÉGIA DE ELABORAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA, ACRÔNIMO PCC

| | | |
|----------|-----------|--|
| P | População | Unidades críticas hospitalares; |
| C | Conceito | Pontos fortes e fracos do clima de segurança medidos pelo SAQ; |
| C | Contexto | Clima de segurança do paciente nas unidades críticas. |

FONTE: A Autora (2019).

Deste modo, elaborou-se a questão de revisão: **Quais são os pontos fortes e fracos do clima de segurança do paciente medidos pelo SAQ nas unidades críticas hospitalares?**

3.4 AMOSTRA

Todas as publicações científicas que atenderam aos critérios de inclusão.

3.4.1 Critérios de Inclusão dos Estudos

Estudos empíricos e teóricos:

- a) Publicados em inglês, espanhol ou português a partir do ano de 2006 (ano de publicação da forma curta do instrumento SAQ *Short-Form*) a 2019;
- b) Incluindo estudos de caso, relatos de experiências, textos e documentos de opinião, independentemente do estágio de publicação que avaliaram o clima de segurança do paciente em unidades críticas hospitalares.
- c) Os contextos de interesse foram aqueles relacionados à avaliação do clima de segurança utilizando o instrumento SAQ, elencando todos os domínios que compõem o instrumento nas unidades críticas hospitalares (centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva e salas de hemodiálise);
- d) Estudos que utilizaram o SAQ, SAQ-OR/SAQ versão CC e SAQ-UTI para mensurar as dimensões do clima de segurança do paciente entre profissionais da UTI, CC, salas de hemodiálise.

3.4.2 Critérios de exclusão

Ao considerar o clima como uma manifestação da cultura segurança, os critérios de exclusão foram baseados no próprio conceito de clima de segurança, cuja dimensão é definida como trabalho em equipe (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018), não sendo o objetivo desta revisão aprender sobre a cultura de segurança de categorias profissionais específicas, mas de membros da equipe de saúde do hospital.

- a) Estudos que concentram apenas uma categoria profissional hospitalar (p. ex.: desenvolvido somente com enfermeiros, somente com médicos, somente com técnicos de enfermagem);
- b) Estudos que não apresentaram texto completo disponível nas bases de dados;
- c) Estudos que aplicaram ou compararam mais de um instrumento de avaliação da cultura ou clima de segurança do paciente;
- d) Estudos que focaram apenas na tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento, sem relatar descobertas sobre o clima de segurança;

- e) Estudos que não utilizaram a aplicação de todo o instrumento SAQ, ou que aplicaram todo o instrumento, porém, os resultados se referiram a um único domínio;
- f) Dissertações ou teses que tenham artigos extraídos já publicados em periódicos.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA OBTENÇÃO DA AMOSTRA

Este tópico apresenta as etapas referentes a localização das bases de dados utilizadas, construção das estratégias de busca e seleção dos estudos que foram selecionados nesta pesquisa.

3.5.1 Localização e Seleção dos Estudo

3.5.1.1 Fontes e estratégia de busca para localização dos Estudos

As estratégias de busca foram criadas entre os meses de fevereiro a abril de 2019. Foi executada uma pesquisa inicial no banco de dados da Lilacs e Medline/PubMed para identificar as palavras-chave e descritores do título e resumo dos artigos pertencentes a temática desta *scoping review*. Os artigos foram identificados por meio de estratégias de busca nas bases de dados eletrônicas:

- a) Medline: Maior componente da PubMed sendo a principal base de dados do *National Library of Medicine* (NLM);
- b) Cinahl (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*): Fornece indexação de periódicos científicos no campo da enfermagem e da saúde;
- c) Lilacs: Base de dados cooperativa do Sistema BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) composta por artigos de revistas da área da saúde, teses, capítulos de livros, anais de congressos e conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais;
- d) Scopus: Base multidisciplinar que indexa títulos acadêmicos revisados por pares, títulos de acesso livre, anais de conferências, publicações comerciais, séries de livros, páginas web de conteúdo científico e patentes.
- e) *Web of Science*: Banco de dados multidisciplinar que integrada à base ISI *Web of Knowledge*, oferece ferramenta para análise de citações de referências.

- f) *JB I Library of Systematic Reviews*: repositório de publicações e informações para formuladores de políticas, profissionais de saúde, cientistas da área de saúde e outros com interesse prático ou acadêmico em cuidados de saúde baseado em evidências.

Vale ressaltar que, a base de dados EMBASE não foi utilizada nas buscas dos estudos pois, a sua assinatura não estava disponível a comunidade acadêmica da UFPR no período de realização desta pesquisa. Para direcionar as estratégias de busca nas bases de dados supracitadas, foram utilizados os descritores controlados, os respectivos sinônimos e descritores não controlados, consultados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MESH): **“Segurança do paciente”**; **“Patient safety”**; “Unidades críticas hospitalares - UTI”; “Centro cirúrgico”; “Sala de Hemodiálise”; **“Unidades de terapia intensiva”**; **“Intensive care units”**; “Centro de Terapia Intensiva”; “Centros de Terapia Intensiva”; “CTI”; “Unidade de Terapia Intensiva”; “Unidade de Terapia Intensiva de Adulto”; “Unidade de Terapia Intensiva Especializada”; “Unidade de Terapia Intensiva do Tipo II”; “UTI”; **“Centros cirúrgicos”**; **“Surgicenters”**; “Centro Cirúrgico”; “Centro Cirúrgico Ambulatorial”; “Centro de Cirurgia”; “Centros de Cirurgia”; “Centros de Cirurgias”; **“Unidades Hospitalares de Hemodiálise”**; **“Hemodialysis Units”**; Hospital; “Unidades Hospitalares de Diálise Renal”; *“Safety Attitudes Questionnaire_SAQ – instrumento – termo comum”*; “Avaliação do clima de segurança”; **“Cultura Organizacional”**; **“Organizational Culture”**; **“Atitude do pessoal de saúde”**; **“Attitude of Health Personnel”**; **“Hospital”**; **“Hospitals”**, conforme QUADRO 6.

QUADRO 6 - DESCRITORES UTILIZADOS NA ESTRATÉGIA DE BUSCA (DECS, MESH) E SUAS DEFINIÇÕES

(continua)

| Descritor (DeCS) | Sinônimos | Termo MESH | Definição |
|-------------------------------|--|-------------------------------|--|
| “segurança do paciente” | _____ | <i>“patient safety”</i> | Esforços para reduzir riscos, identificar e reduzir acidentes que impactam negativamente os consumidores de cuidados de assistência à saúde. |
| “centro de terapia intensiva” | “Centro de Terapia Intensiva” “Centros de Terapia Intensiva” “CTI” | <i>“intensive care units”</i> | Unidades hospitalares que proveem assistência intensiva e contínua a pacientes em estado grave. |

QUADRO 6 - DESCRITORES UTILIZADOS NA ESTRATÉGIA DE BUSCA (DECS, MESH) E SUAS DEFINIÇÕES

(conclusão)

| Descritor (DeCS) | Sinônimos | Termo MESH | Definição |
|--|--|--------------------------------|--|
| "centro de terapia intensiva" | "Unidade de Terapia Intensiva" "Unidade de Terapia Intensiva de Adulto" "Unidade de Terapia Intensiva Especializada" "Unidade de Terapia Intensiva do Tipo II" "UTI" | | |
| "Centros Cirúrgicos" | "Centro Cirúrgico" "Centro Cirúrgico Ambulatorial" "Centro de Cirurgia" "Centros de Cirurgia" "Centros de Cirurgias" | "surgicenters" | Instalações projetadas para atender pacientes que necessitam tratamento cirúrgico que exceda a capacidade do consultório médico convencional. |
| "Unidades Hospitalares de Hemodiálise" | "Unidades Hospitalares de Diálise Renal" | "hemodialysis units hospital" | Unidades hospitalares que prestam serviços a pacientes em hemodiálise; inclui centros de hemodiálise em hospitais. |
| "Cultura Organizacional" | "Cultura Corporativa" | "organizational culture" | Crenças e valores partilhados por todos os membros de uma organização. Esses valores partilhados, que estão sujeitos à mudança, se refletem nas operações do dia a dia da organização. |
| "Atitude do Pessoal de Saúde" | — | "attitude of health personnel" | Atitudes do pessoal de saúde em relação a seus pacientes, a outros profissionais, em relação ao sistema de atendimento médico, etc. |
| "Hospital" | "Centro Hospitalar" "Centros Hospitalares" "Hospital" "Nosocômio" "Nosocômios" | "hospitals" | Instituições com um corpo clínico organizado que presta cuidados médicos aos pacientes. |

FONTE: Descritor de Ciências da Saúde (2019).

Estes foram combinados com a utilização dos operadores booleanos AND, OR e NOT, além de filtros, de acordo com as orientações de busca de cada base de dados. Os QUADROS 7 a 11 apresentam as estratégias de busca utilizadas neste estudo:

QUADRO 7 - ESTRATÉGIA DE BUSCA BASE DE DADOS LILACS

| |
|--|
| # 1 ("Segurança do Paciente" AND ("Cultura Organizacional" OR "Atitude do pessoal de saúde") AND "Safety Attitudes Questionnaire") AND (instance:"regional") AND NOT (mj:("Atenção Primária à Saúde")) |
| # 2 tw:(("Cultura de segurança" OR "clima de segurança" OR (mh:"Cultura organizacional"))) AND hospitais AND (mh: "Segurança do paciente") |
| # 3 ("Patient Safety" AND "Organizational Culture") OR ("Attitude of Health Personnel") AND ("Safety Attitudes Questionnaire") AND ("Hospitals") OR ("Unidades de terapia intensiva" OR "Centro de terapia intensiva" OR "Centros de terapia intensiva") |
| # 4 ("Patient Safety" AND "Organizational Culture") OR ("Attitude of Health Personnel") AND ("Safety Attitudes Questionnaire") AND ("Hospitals") OR ("Centros cirúrgicos" OR "Centro cirúrgico" OR "Centro cirúrgico ambulatorial" OR "Centro de cirurgia" OR "Centros de cirurgia" OR "Centros de cirurgias") |
| # 5 ("Segurança do Paciente") AND ("Cultura Organizacional" OR "Atitude do pessoal de saúde") AND ("Questionário" OR (tw:"Safety Attitudes Questionnaire")) AND ("Hospital" OR "Unidades Hospitalares" OR "Unidades de terapia intensiva") |

FONTE: A Autora (2019).

QUADRO 8 - ESTRATÉGIA DE BUSCA BASE DE DADOS MEDLINE/PUBMED

| |
|--|
| #1 ("Patient Safety"[Mesh]) AND ("Evaluation of health services" [Mesh] OR "health quality management" [Mesh]) AND "patient safety climate"[TW] OR "safety culture"[TW] AND "Safety Attitudes Questionnaire"[TW] AND ("Hospitals"[Mesh] OR "Hospital Units" [Mesh]) OR "Critical hospital units" [TW] |
| # 2 ("Patient Safety"[Mesh]) AND ("Evaluation of health services" [Mesh] OR "health quality management" [Mesh]) AND ("Surveys and questionnaires" [Mesh]) OR "Safety Attitudes Questionnaire"[TW] AND ("Hospitals"[Mesh] OR "Hospital Units" [Mesh] OR "Surgical Centers" [Mesh]) OR "Critical hospital units" [TW] |
| # 3 ("Patient Safety"[Mesh]) AND ("Organizational Culture"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) AND ("Surveys and questionnaires" [Mesh]) OR "Safety Attitudes Questionnaire"[TW] AND ("Hospitals"[Mesh] OR "Hospital Units" [Mesh] OR "Intensive care units"[Mesh]) |
| # 4 ("Patient Safety"[Mesh]) AND ("Evaluation of health services" [Mesh] OR "health quality management" [Mesh]) AND "patient safety climate"[TW] OR "safety culture"[TW] AND ("Surveys and questionnaires" [Mesh]) AND ("Hospitals"[Mesh] OR "Hospital Units" [Mesh]) OR "Hemodialysis Hospital Units"[TW] OR "Hospital Units of Renal Dialysis"[TW] |

FONTE: A Autora (2019).

QUADRO 9 - ESTRATÉGIA DE BUSCA BASE DE DADOS SCOPUS

| |
|---|
| # 1 ("Patient Safety" AND "Organizational Culture") OR ("Attitude of Health Personnel") AND ("Safety Attitudes Questionnaire") AND ("Hospitals" OR "Surgical Centers" OR "Hemodialysis Hospital Units" OR "Intensive care units") |
|---|

FONTE: A Autora (2019).

QUADRO 10 - ESTRATÉGIA DE BUSCA BASE DE DADOS CINAHL

1 ("Patient Safety" AND "Organizational Culture") OR ("Attitude of Health Personnel") AND ("Safety Attitudes Questionnaire") AND ("Hospitals" OR "Surgical Centers" OR "Hemodialysis Hospital Units" OR "Intensive care units")

O acesso a esta base de dados foi realizado por meio do portal da Capes, via computadores da UFPR, disponível em <http://www.periodicos.capes.gov.br/>

FONTE: A Autora (2019).

QUADRO 11 - ESTRATÉGIA DE BUSCA BASE DE DADOS *WEB OF SCIENCE*

1 TS = (("safety patient") AND ("Organizational Culture" OR "Attitude of Health Personnel") AND ("Safety attitudes questionnaire") AND ("hospitals"))

FONTE: A Autora (2019).

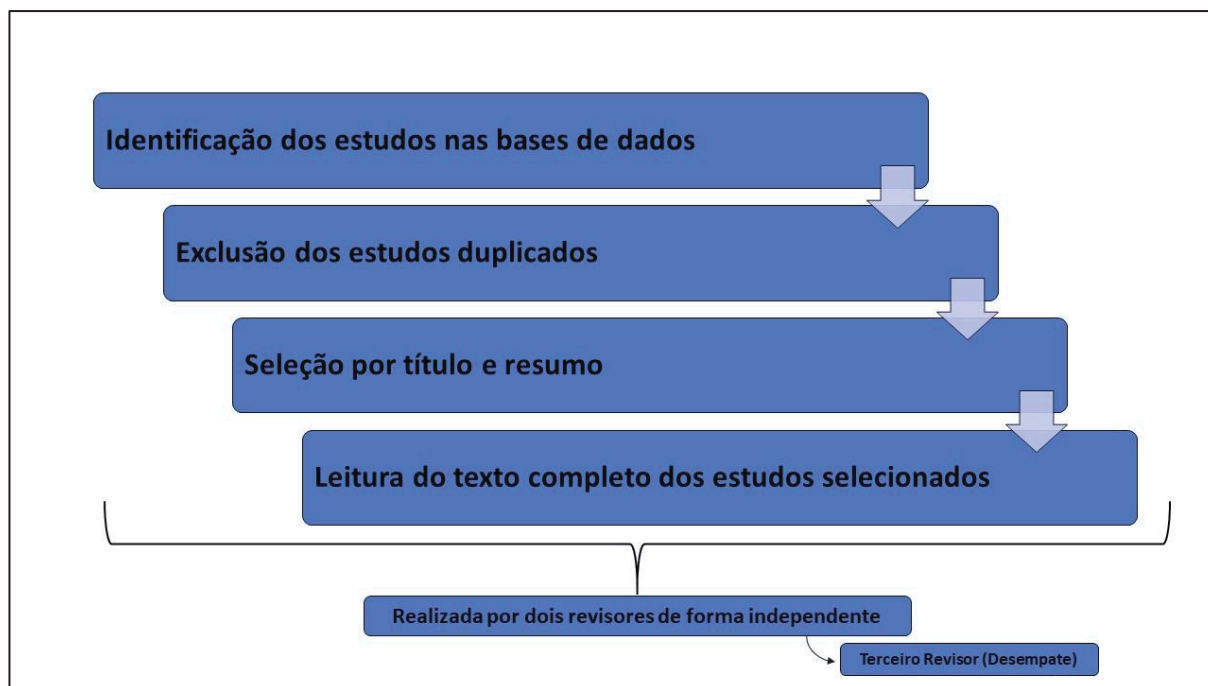
Para a busca de estudos na base de dados JBI *Library of Systematic Reviews* foram utilizadas palavras chaves (*Keywords*) combinadas: “*patient safety*” AND “*Safety Attitudes Questionnaire*”, “*patient safety*” AND “*Safety Attitudes Questionnaire*” AND “*Organizational Culture*”. O período de busca de títulos e registros nas bases de dados iniciou-se no mês de maio de 2019 e finalizou-se em junho de 2019. A fim de contemplar estudos recentes, a busca foi novamente realizada em outubro de 2019. No intuito de contribuir para concepção e refinamento da estratégia de busca deste estudo, nesta etapa, foi consultada uma bibliotecária da UFPR.

No que diz respeito às buscas dos estudos não publicados, estas foram realizadas no Google Acadêmico, ProQuestTrial, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações- Bdbtd, Portal Brasileiro de Publicações Científicas em Acesso Aberto – Oasisbr. Também foi realizada busca nas referências dos artigos encontrados. Essas fontes estão identificadas como outras fontes de busca.

3.5.1.2 Seleção dos estudos

Para esta etapa, realizada em abril de 2019, dois revisores (R1 e R2) de forma independente avaliaram e aplicaram os critérios de inclusão, aos quais foram estabelecidos previamente, com vistas a selecionar todos os estudos relevantes para a revisão. Abaixo, na FIGURA 2, estão descritas as etapas das buscas da presente pesquisa:

FIGURA 2 - ETAPAS DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS NAS BASES DE DADOS



FONTE: A Autora (2019).

Inicialmente, na primeira etapa para identificar os estudos potencialmente elegíveis, os revisores realizaram a seleção por meio da leitura e análise do título, resumo e palavras-chave de todos os estudos encontrados, aos quais, foram selecionados para a próxima etapa.

A segunda etapa ocorreu nos meses de maio a junho 2019, a partir da leitura integral dos artigos selecionados na primeira etapa, considerando critérios de inclusão e exclusão. Ao final desta etapa, os estudos foram classificados como “incluído” (atendem os critérios de inclusão), “excluído” (não atendem aos critérios de inclusão). Cada estudo selecionado recebeu um número de identificação segundo a sequência em que foi encontrado: E1, E2, E3 sucessivamente.

Ademais, nas situações de dúvida os estudos que permaneceram incertos para a fase seguinte, foi realizada reunião de consenso com o terceiro revisor (R3) em junho 2019 para os casos de divergências na seleção dos estudos.

Para organização da busca e estudos encontrados, foi utilizado o gerenciador de referências Endnote®, disponível em versão gratuita através do site: www.myendnoteweb.com. Esta ferramenta também auxiliou na exclusão das referências duplicadas, sendo mantido o primeiro estudo da ordem listada.

Os estudos que, após a leitura completa do texto, não atenderam os critérios de inclusão foram excluídos e, as razões para exclusão foram justificadas nos resultados. Estudos incluídos foram avaliados e realizado a extração dos dados, os resultados foram descritos no fluxograma PRISMA (FIGURA 3). Sendo assim, os estudos recuperados através das estratégias de busca e pesquisa em outras fontes foram submetidos à análise de duplicidade e critérios de inclusão. Após esta seleção, os trabalhos foram lidos em sua íntegra e submetidos a avaliação rigorosa.

3.6 EXTRAÇÃO E SÍNTESE DOS DADOS

Para obter a informação a partir do que foi reportado pelos estudos primários, na etapa de extração dos dados, os achados dos estudos incluídos foram organizados, bem como detalhados em um quadro construído no *Office Microsoft Word* Versão 2010, elaborado pela pesquisadora, ao qual foi preenchido com os detalhes e resultados de cada estudo.

As informações incluíram características gerais como título do estudo, autoria, periódico, ano de publicação, origem/país de origem (onde o estudo foi publicado ou conduzido), objetivo (s)/finalidade da pesquisa, população do estudo e tamanho da amostra (se aplicável), detalhamento metodológico e amostral, resultados encontrados e detalhes destes, conclusões (principais descobertas relacionadas a questão de pesquisa).

As características gerais foram analisadas, voltando-se aos textos integrais quando necessário, a fim de sintetizar os achados. À medida que os dados eram extraídos, foram criados quadros e tabelas com a apresentação dos resultados e, posteriormente, a síntese narrativa dos mesmos. Vale ressaltar que as revisões do tipo *scoping review* não preveem a exclusão de artigos segundo critérios de qualidade metodológica.

Seguindo as recomendações internacionais, foram consideradas as dimensões fortes do instrumento SAQ, aquelas que apresentaram pontuação, maior ou igual 75 para uma boa percepção da cultura de segurança (SEXTON et al., 2006). Já as dimensões fracas, foram aquelas que apresentaram pontuações menores que 75 pontos significando um sinal de alerta para as instituições, pois indicam a necessidade de ações para implantação de melhorias para a segurança do paciente.

3.7 RECURSOS FINANCEIROS

Esta pesquisa não dispõe de financiamento, portanto, os materiais permanentes foram utilizados os que estavam disponíveis no Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, tais como impressoras, projetor, mesas, cadeiras, lousa, computadores com internet e acesso direto às bases de dados, sendo as despesas de total responsabilidade da pesquisadora.

3.8 CONFLITO DE INTERESSE

A pesquisadora declara que não existe conflito de interesse na presente pesquisa.

4 RESULTADOS

4.1 IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS QUE APLICARAM O QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAQ) EM UNIDADES CRÍTICAS HOSPITALARES

As estratégias de busca resultaram em 517 estudos recuperados na base de dados Lilacs; 567 artigos na Medline/Pubmed; 896 resultados com filtros aplicados na Cinahl (texto completo; 2006-2019; idioma inglês, espanhol e português), 55 estudos na base de dados Scopus e 03 resultados na *Web of Science*. A busca na base de dados JBI *Library of Systematic Reviews*, resultou em 65 estudos, ao qual não foi incluso nenhum estudo por não atenderem aos critérios de inclusão. Nas outras fontes de busca, foram 06 os estudos encontrados no Google Acadêmico e 02 dissertações de mestrado na Bdbtd. A TABELA 1 apresenta a frequência absoluta e relativa dos estudos identificados conforme a base de dados e outras fontes.

Deste modo, a seleção nas bases de dados e outras fontes resultou em 2.111 estudos encontrados (2.103 artigos nas bases de dados e 08 estudos em outras fontes). Após leitura de título e resumo 2.011 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão ou por não apresentar texto completo disponível. Posteriormente, restaram 100 artigos, destes 70 eram duplicados e foram excluídos, restando 30 estudos aos quais foram realizadas a leitura integral dos textos.

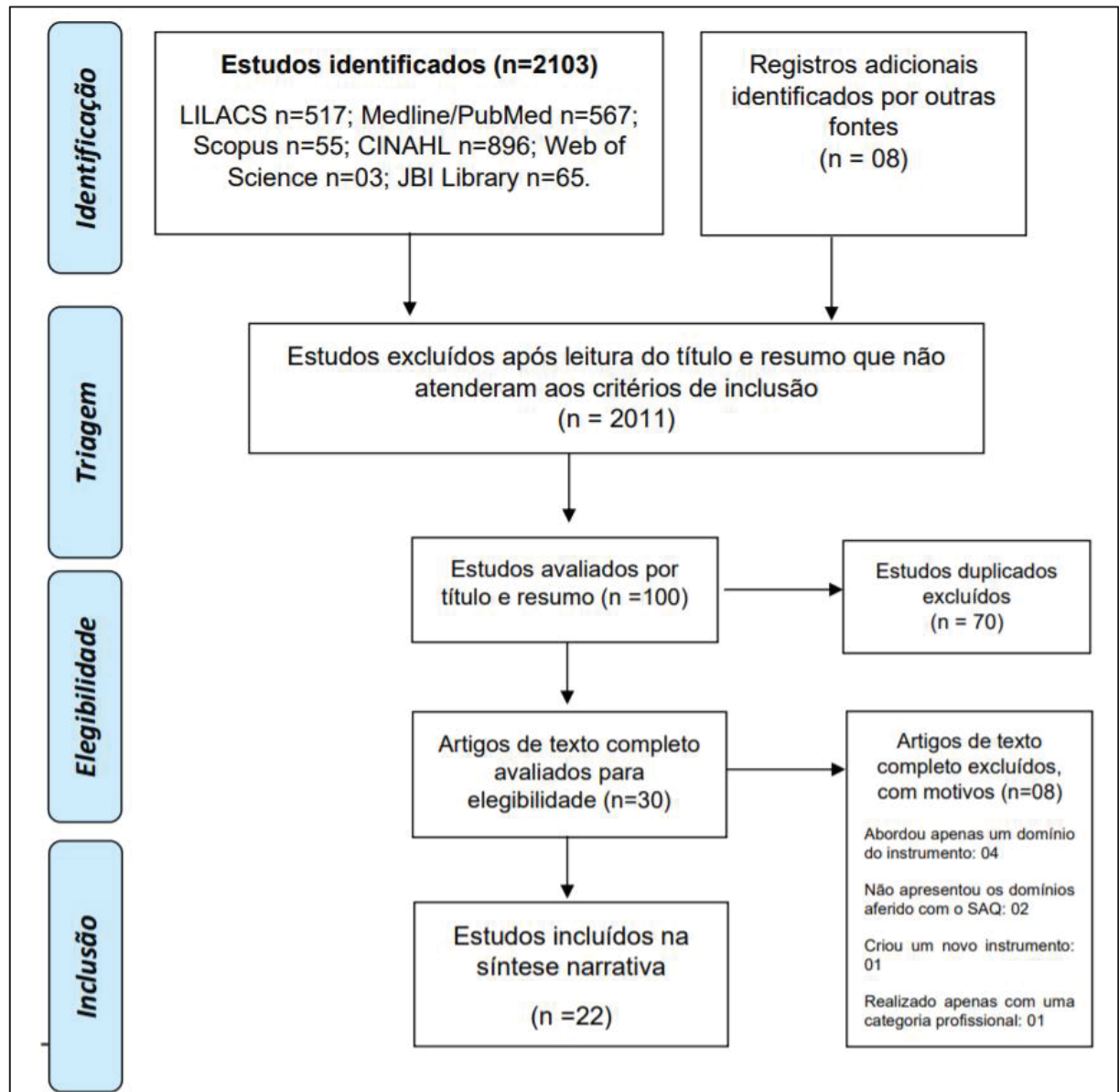
TABELA 1 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA DOS ESTUDOS IDENTIFICADOS CONFORME A BASE DE DADOS E OUTRAS FONTES

| Base de Dados e Outras Fontes | (n) | (%) |
|---|-------|------|
| LILACS | 517 | 24,4 |
| Medline/PUBMED | 567 | 26,8 |
| SCOPUS | 55 | 2,60 |
| CINAHL | 896 | 42,4 |
| WEB OF SCIENCE | 03 | 0,14 |
| JBI Library | 65 | 3,07 |
| Google Acadêmico | 06 | 0,28 |
| Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações | 02 | 0,09 |
| TOTAL | 2.111 | 100% |

FONTE: A Autora (2019).

Destes 30 estudos selecionados, 12 foram discordantes entre os dois revisores (R1 e R2) no processo de seleção independente, ao qual, houve necessidade de encaminhar para parecer do terceiro revisor (R3) em junho de 2019, que decidiu pela manutenção de 04 estudos e exclusão de 08 deles, totalizando uma amostra final de 22 artigos que relatam as dimensões fortes e fracas do clima de segurança do paciente por meio do instrumento SAQ nas unidades críticas hospitalares, sendo 18 encontrados nas bases de dados e 04 encontrados em outras fontes tais como: no Google Acadêmico (02) e na Bdbtd (02). Destes, 20 artigos foram publicados em periódicos e 02 dissertações de mestrado. O processo de seleção dos estudos está descrito na Figura 3, que representa o fluxograma recomendado pelo PRISMA.

FIGURA 3 - FLUXOGRAMA DAS ETAPAS DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS, FLUXOGRAMA PRISMA



Fonte: A Autora (2019); Adaptado de MOHER et al. (2009).

Os estudos excluídos e as justificativas para remoção dos mesmos após a leitura na íntegra, estão descritos no QUADRO 12. Dentre os principais motivos encontrados para a exclusão, destacam-se: os estudos não apresentaram os domínios aferidos com o instrumento SAQ; a criação de um instrumento a partir do SAQ; abordou apenas um domínio do SAQ que afere o clima de segurança na unidade e foi realizado apenas com uma categoria profissional.

QUADRO 12 - JUSTIFICATIVAS PARA EXCLUSÃO DOS ESTUDOS APÓS LEITURA NA ÍNTEGRA, CONFORME TÍTULO, AUTORES, ANO E PERIÓDICO

(continua)

| Nº | TÍTULO DO ESTUDO | AUTORES | ANO PERIÓDICO | JUSTIFICATIVA DA EXCLUSÃO |
|----|---|---|--|--|
| 1 | Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder | MAKARY, M. A.; SEXTON, J. B.; FREISCHLAG, J. A.; HOLZMUELLER, C. G.; MILLMAN, A.; ROWEN, L.; PRONOVOST, P. J. | American College of Surgeons 2006 | Abordou apenas um domínio do instrumento (Trabalho em Equipe). |
| 2 | Improving perceptions of teamwork climate with the Veterans Health Administration Medical Team Training Program | CARNEY, B. T.; WEST, P.; NEILY, J. B.; MILLS, P. D.; BAGIAN, J. P. | American Journal of Medical Quality 2011 | Não apresentou os domínios aferidos com o instrumento SAQ |
| 3 | Operating room briefings and wrong-site surgery | MAKARY, M. A.; MUKHERJEE, A.; SEXTON, J. B.; SYIN, D.; GOODRICH, E.; HARTMANN, E.; ROWEN, L. BEHRENS, D. C. MAROHN, M.; PRONOVOST, P. J. | American College of Surgeons 2007 | Criou um novo instrumento a partir do SAQ |
| 4 | The effect of facility complexity on perceptions of safety climate in the operating room: size matters | CARNEY, B. T.; WEST, P.; NEILY, J.; MILLS, P. D.; BAGIAN, J. P. | American Journal of Medical Quality 2010 | Abordou apenas um domínio do instrumento (Clima de Segurança) |
| 5 | Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention | HAYNES, A. B.; WEISER, T. G.; BERRY, W. R.; LIPSITZ, S. R.; BREIZAT, A. H. S.; DELLINGER, E. P.; DZIEKAN, G.; HERBOSA, T.; KIBATALA, P. L. LAPITAN, M. C. M.; MERRY, A. F.; REZNICK, R. K.; TAYLOR, B.; AMIT VATS, A.; GAWANDE, A. A. | BMJ Qual Saf 2011 | Abordou apenas um domínio do instrumento (Clima de Segurança) |
| 6 | Improving patient safety in intensive care units in Michigan | PRONOVOST, P. J.; BERENHOLTZ, S. M.; GOESCHEL, C.; THOM, I.; WATSON, S. R.; HOLZMUELLER, C. G.; LYON, J. S. LUBOMSKI, L. H.; THOMPSON, D. A.; NEEDHAM, D.; HYZY, R.; WELSH, R.; ROTH, G.; BANDER, J.; MORLOCK, L.; SEXTON, J. B. | Journal of Critical Care 2008 | Abordou apenas um domínio do instrumento (Clima de Segurança) |
| 7 | Assessing and improving safety climate in a large cohort of intensive care units | SEXTON, J. B.; BERENHOLTZ, S. M.; GOESCHEL, C. A.; WATSON, S. R.; HOLZMUELLER, C. G.; THOMPSON, D. A.; HYZY, R. C.; MARSTELLER, J. A.; SCHUMACHER, K.; PRONOVOST, P. J. | Crit Care Med 2011 | Não apresentou os domínios aferidos com o instrumento SAQ |

QUADRO 12 - JUSTIFICATIVAS PARA EXCLUSÃO DOS ESTUDOS APÓS LEITURA NA ÍNTEGRA, CONFORME TÍTULO, AUTORES, ANO E PERIÓDICO

(conclusão)

| Nº | TÍTULO DO ESTUDO | AUTORES | ANO PERIÓDICO | JUSTIFICATIVA DA EXCLUSÃO |
|----|--|-------------------------------|-------------------------------|---|
| 8 | Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire | RAFTOPOULOS, V.; PAVLAKIS, A. | Journal of Critical Care 2013 | Realizados apenas com uma categoria profissional (Enfermeiros), embora, todos os médicos tenham sido convidados a participar, não foram incluídos na análise. |

FONTE: A Autora (2019).

Foram selecionados estudos que avaliaram o clima de segurança nas unidades críticas, sendo estes: 08 estudos (36,3%) realizados no CC (E1, E3, E4, E5, E10, E12, E18, E19) , 14 (63,6%) realizados em UTI (E2, E6, E7, E8, E9, E11, E13, E14, E15, E16, E17, E20, E21, E22). Estudos envolvendo o uso do instrumento SAQ nas salas de hemodiálise não foram identificados. Não foram encontrados estudos em resumos de trabalhos apresentados em congressos, bem como estudos não publicados que preenchessem os critérios de inclusão.

Dos estudos selecionados, 16 (72,7%) foram publicados na língua inglesa (E1, E2, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18), 06 (27,3%) em português (E3, E4, E19, E20, E21, E22) e nenhum em espanhol, compreendidos no período 2007 a 2018. O QUADRO 13 apresenta os estudos por país aonde foram realizados e o seu ano de publicação.

No que diz respeito ao país de realização, os EUA apresentou maior número de publicações selecionadas, no total de 07 estudos (31,8%), seguido pelo Brasil com 06 publicações (27,2%), supõe-se que esta posição está atrelada a busca de estudos em outras fontes, tais como, a Bdbtd, remetendo a estudos da pós-graduação que ainda não possuem publicações em periódicos, a citar, as dissertações de mestrado. Ademais, os países europeus apresentam estudos realizados no Reino Unido 01 (4,5%), Suécia 01 (4,5%), Holanda 01 (4,5%) A Austrália apresentou 02 estudos (9%), Turquia 01 (4,5%) e no Oriente Médio um total de 03 (13,6%) estudos distribuídos entre Gaza, Jerusalém e Irã.

QUADRO 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS POR PAÍS E ANO DE PUBLICAÇÃO

| NÚMERO DO ESTUDO | AUTORES | PAÍS DE REALIZAÇÃO | ANO DE PUBLICAÇÃO |
|---------------------------------|---|--------------------|--|
| E1 | Hill, et al. | Reino Unido | 2015 |
| E2 | Abu-el-noor, et al. | Gaza | 2017 |
| E3, E4, E19, E20, E21, E22 | Carvalho, et al.; Cauduro, et al.; Correggio, et al.; Reis, et al.; Silva; Gomides. | Brasil | 2015, 2015, 2014, 2017, 2018, 2016 |
| E5 | Görs, et al. | Suécia | 2017 |
| E6 | Hamdan | Jerusalém | 2013 |
| E7 | Poley, et al. | Holanda | 2011 |
| E8, E9, E10, E13, E14, E16, E18 | Huang, et al.; Huang, et al.; Carney, et al.; Profit, et al.; Profit, et al.; France, et al.; Henry, et al. | Estados Unidos | 2007, 2010, 2010, 2012, 2012, 2010, 2012 |
| E11, E17 | Chaboyer, et al.; Malki, et al. | Austrália | 2013, 2017 |
| E12 | Ongun, P.; Intepeler, S.S. | Turquia | 2017 |
| E15 | Abdi, et al. | Irã | 2015 |

FONTE: A Autora (2019).

Deste modo, os 22 estudos que atenderam satisfatoriamente à pergunta de pesquisa estão representados por código de identificação “E1, E2, E3...” respectivamente, apresentados no QUADRO 14. Em sua maioria encontrados pelas bases de dados do Medline/Pubmed e LILACS. Sendo assim, do total de estudos selecionados 08 utilizaram o SAQ (E2, E3, E4, E6, E18, E20, E21, E22), 09 empregaram a versão SAQ-UCI -versão para UTI (E7, E8, E9, E11, E13, E14, E15, E16, E17) e 05 a versão SAQ-OR/versão CC (E1, E5, E10, E12, E19, estes com instrumentos apresentam seis domínios para avaliação do clima de segurança (clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, reconhecimento de estresse, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho) e são semelhantes, apenas com pequenas adaptações voltadas para a área específica.

QUADRO 14 - ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO CONFORME TÍTULO, AUTORES, ANO, PERÍODICO, VOLUME, NÚMERO E INSTITUIÇÃO DE ORIGEM

(continua)

| Nº | TÍTULO DO ESTUDO | AUTORES | PERÍODICO, VOLUME, NÚMERO, ANO | INSTITUIÇÃO DE ORIGEM |
|----|--|--|---|------------------------------|
| E1 | Safety culture and the 5 steps to safer surgery: an intervention study | HILL, M. R; ROBERTS, M. J.; ALDERSON, M. L.; GALE, T. C. E. | British Journal of Anaesthesia v. 114, n.6 2015 | Plymouth Hospitals NHS Trust |

QUADRO 14 - ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO CONFORME TÍTULO, AUTORES, ANO, PERÍODICO, VOLUME, NÚMERO E INSTITUIÇÃO DE ORIGEM

(continuação)

| Nº | TÍTULO DO ESTUDO | AUTORES | PERIÓDICO, VOLUME, NÚMERO, ANO | INSTITUIÇÃO DE ORIGEM |
|-----|---|--|---|--|
| E2 | Safety culture in neonatal intensive care units in the Gaza Strip, Palestine: a need for policy change | ABU-EL-NOOR, N. I.; HAMDAN, M. A.; ABU-EL-NOOR, M. K.; RADWAN, A. K. S.; ALSHAER, A.A. | Journal of Pediatric Nursing v. 33 2017 | College of Nursing, Islamic University of Gaza |
| E3 | Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde | CARVALHO, P. A.; GÖTTEMS, L. B. D. PIRES, M. R. G. M. OLIVEIRA, M. L. C. | Rev. Latino-Am. Enfermagem v. 23, n. 6 2015 | Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde |
| E4 | Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico | CAUDURO, F. L. F.; SARQUIS, L. M.; SARQUIS, L. M. M.; CRUZ, E. D. A. | Cogitare Enferm. v. 20, n. 1 2015 | UFPR |
| E5 | Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey | GÖRAS, C.; UNBECK, M.; NILSSON, U.; EHRENBORG, A. | BMJ Open 2017 | School of Health Sciences, Faculty of Medicine and Health, Örebro University |
| E6 | Measuring safety culture in Palestinian neonatal intensive care units using the Safety Attitudes Questionnaire | HAMDAN, M. | Journal of Critical Care 2013 | School of Public Health, Al-Quds University |
| E7 | Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire | POLEY, M. J.; STARRE, C. V. D.; BOS, A. V. D.; DIJK, M. V.; TIBBOEL, D. | Pediatr Crit Care Med v. 12, n. 6 2011 | University Rotterdam |
| E8 | Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution | HUANG, D. T.; CLERMONT, G.; SEXTON, J. B.; KARLO, C. A.; MILLER, R. G.; WEISSFELD, L. A.; ROWAN, K. M.; ANGUS, D. C. | Crit Care Med 2007 v. 35, n. 1 | University of Pittsburgh |
| E9 | Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study | HUANG, D. T.; CLERMONT, G.; KONG, L.; WEISSFELD, L. A.; SEXTON, J. B.; ROWAN, K. M.; DEREK, D. C. | International Journal for Quality in Health Care 2010 | University of Pittsburgh |
| E10 | Sex differences in operating room care giver perceptions of patient safety: a pilot study from the Veterans Health Administration Medical Team Training Program | CARNEY, B. T.; MILLS, P. D.; BAGIAN, J. P.; WEEKS, W. B. | Qual Saf Health Care 2010 v. 19, p. 128e131 | National Center for Patient Safety, Vermont, USA |

QUADRO 14 - ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO CONFORME TÍTULO, AUTORES, ANO, PERIÓDICO, VOLUME, NÚMERO E INSTITUIÇÃO DE ORIGEM

(continuação)

| Nº | TÍTULO DO ESTUDO | AUTORES | PERIÓDICO, VOLUME, NÚMERO, ANO | INSTITUIÇÃO DE ORIGEM |
|-----|--|--|---|--|
| E11 | Safety culture in Australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement | CHABOYER, W.; CHAMBERLAIN, D.; CONROY, K. H.; GREALLY, B.; ELDERKIN, T.; BRITTIN, M.; MCCUTCHEON, C.; LONGBOTTOM, P.; THALIB, L. | American journal of critical care, 2013 v. 22, n. 2 | University Griffith |
| E12 | Operating room professionals' attitudes towards patient safety and the influencing factors | ONGUN, P.; INTEPELER, S. S. | Pak J Med Sci 2017 | Istanbul Aydin University Emergency and First Aid Program |
| E13 | Neonatal intensive care unit safety culture varies widely | PROFIT, J.; ETCHEGARAY, J.; PETERSEN, L. A.; SEXTON, J. B.; HYSONG, S. J.; MEI, M.; THOMAS, E. J. | Arch Dis Child Fetal Neonatal 2012 | Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine, Texas Children's Hospital, Houston, Texas, USA |
| E14 | The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU | PROFIT, J. ETCHEGARAY, J.; PETERSEN, L. A.; SEXTON, J.B.; HYSONG, S. J.; MEI, M.; THOMAS, E. J. | Arch Dis Child Fetal Neonatal 2012 | Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine, Texas Children's Hospital, Houston, Texas, USA |
| E15 | The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit | ABDI, Z.; DELGOSHAIE, B.; RAVAGHI, H.; ABBASI, M.; HEYRANI, A. | Journal of Nursing Management 2015 v. 23 | Tehran University of Medical Sciences |
| E16 | Measuring and comparing safety climate in intensive care units | FRANCE, D. J.; GREEVY, R. A.; LIU, J. X.; BURGESS, H.; DITTUS, R. S.; WEINGER, M. B.; SPEROFF, T. | Medical Care 2010 v. 48, n.3, | Center for Perioperative Research in Quality |
| E17 | Health professional perspectives of patient safety issues in intensive care units in Saudi Arabia | MALKI, A. A.; ENDACOTT, R.; INNES, K. | J Nurs Manag. 2017 | Monash University, Australia |
| E18 | Evaluation of patient safety culture a survey of clinicians in a cardiovascular operating room | HENRY, L.; HUNT, S. L.; KROETCH, M.; YANG. Y. T. | Innovations 2012 | Inova Heart and Vascular Institute, EUA |

QUADRO 14 - ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO CONFORME TÍTULO, AUTORES, ANO, PERÍODICO, VOLUME, NÚMERO E INSTITUIÇÃO DE ORIGEM

(conclusão)

| Nº | TÍTULO DO ESTUDO | AUTORES | PERIÓDICO, VOLUME, NÚMERO, ANO | INSTITUIÇÃO DE ORIGEM |
|-----|---|---|--|--|
| E19 | Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico | CORREGGIO, T. C.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. F. F. | Rev. SOBECC, São Paulo. 2014; v. 19, n. 2 | Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) |
| E20 | Cultura de Segurança em Unidades de Terapia Intensiva | REIS, F. F. P.; OLIVEIRA, K. F.; LUIZ, R. B.; BARICHELLO, E.; CRUZ, L. F.; BARBOSA, M. H. | Rev Enferm Atenção Saúde [Online] 2017 v. 6, n. 2 | Universidade Federal do Triângulo Mineiro |
| E21 | Atitudes de segurança do paciente: percepções da equipe de saúde de unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino do Distrito Federal | SILVA, V.F. | Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018 Dissertação de Mestrado | Universidade de Brasília Faculdade de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem |
| E22 | Análise da cultura da segurança entre os profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Adulto de uma instituição de ensino | GOMIDES, M. D. A. | Programa De Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Em Gestão Organizacional 2016 | Universidade Federal De Goiás |

FONTE: A Autora (2019).

No que se refere ao desenho dos estudos, 17 incluíram o tipo transversal no seu desenho metodológico (E2, E3, E4, E5, E6, E8, E11, E12, E13, E14, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22), sendo possível obter o status do clima de segurança em sua amostra de estudo. Dentre as demais abordagem metodológicas destacaram-se desenho descritivo (E3, E12, E15, E17, E19), prospectivo (E1, E7, E22), pré e pós intervenção - quase experimental (E1, E7), longitudinal (E7), multicêntrico (E9, E13, E14), coorte (E9), métodos mistos (E15), correlacional (E12, E21) e exploratório (E19).

Dentre os objetivos dos estudos destacaram-se: aqueles que objetivaram avaliar as características dos cuidadores (E2, E6, E18); estudos que avaliaram se houve mudança no clima de segurança após implantação de lista de verificação e aplicação de intervenção (E1, E7), avaliaram e compararam a cultura de segurança entre os profissionais (E5, E10), estudou os gerentes médicos e de enfermagem sobre as atitudes de sua equipe em relação à segurança (E5), avaliaram as variações do clima em diferentes UTI (E6, E8, E9), compararam seus achados com o *benchmarking*

(E7, E16), avaliou se o sexo afeta a percepção do cuidados quanto à segurança do paciente (E10), aferiu se as dimensões da cultura de segurança medidas pelo SAQ fornecem resultados consistentes quando usadas como medida de desempenho (E14), elencou estratégias para promover a segurança do paciente na UTI (E15) e avaliou se as percepções da equipe estão correlacionadas com as atitudes (E21).

As pesquisas focaram principalmente em avaliar o clima de segurança na UTI (E2, E6, E7, E8, E9, E11, E13, E14, E15, E16, E17, E22). Quanto ao número de estudos relacionados por especialidade da UTI: 01 foi realizado na UTI Pediátrica (E7), 05 na UTI Adulto (E11, E15, E16, E17), 04 realizados na UTI Neonatal (E2, E6, E13, E14), 02 realizados em diferentes UTIs - adulto, pediátrica, neonatal (E8, E9). Vale ressaltar que grande parte dos estudos utilizam clima e cultura como sinônimos, entretanto para fins desta pesquisa, diferenciamos estes conceitos, apresentado anteriormente no Capítulo 1.1.

Sobre os seus participantes, os 22 estudos (100%) afirmaram a participação da equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros), seguidos dos médicos intensivistas, cirurgiões, anesthesiologistas. Também participaram da amostra residentes médicos (E3, E14), da odontologia (E19), funcionários administrativos (E3, E14, E16, E19, E22), farmacêuticos (E7, E14, E16), fisioterapeutas (E8, E9, E14, E16, E17, E20, E21, E22), psicólogos (E20, E21, E22) outros membros da equipe multiprofissional (fonoaudiólogo – E20; assistente social – E2; nutricionista- E22).

4.2 PONTOS FORTES E FRACOS DO CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NAS DIMENSÕES DO SAQ

No quesito dos seis domínios avaliadas pelo instrumento SAQ, objeto deste estudo, os escores (médias) foram significativamente inferiores ao preconizado pelos autores do instrumento, demonstrando um clima de segurança frágil passível de melhorias, conforme descrito no QUADRO 15.

QUADRO 15 - MÉDIAS POR DOMÍNIOS DO SAQ APRESENTADOS NOS ESTUDOS CLASSIFICADOS COMO FORTES, MODERADOS E FRACOS

(continua)

| Domínios do SAQ | Versão do SAQ | Pontuação Forte (>75 pontos) | Pontuação Moderada (70-75 pontos) | Pontuação Fraca (<70 pontos) |
|--------------------------------|----------------|---------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1)Condições de Trabalho | SAQ | NA* | NA | Abu-El-Noor, et al., 2017: 56,8 pontos; Carvalho, et al., 2015: 41,9 pontos; Hamdan, 2013: 61,4 pontos; Reis, et al.2017: 55 pontos; Gomides, 2016: 49,7 pontos. |
| | SAQ Versão CC | NA | NA | Hill, et al., 2015: 43 pontos pré-intervenção e 63,5 pontos pós-intervenção; Goras, et al.2017: 66,8 pontos; Ongun; Intepeler, 2017: 51,7 pontos; Correggio, et al., 2014: 58,7 pontos. |
| | SAQ Versão UTI | NA | Abdi, et. al, 2015: 71,4 pontos. | France, et al., 2010: 59,4 pontos. |
| 2)Percepção da Gerência | SAQ | NA | NA | Abu-El-Noor, et al., 2017: 55,4 pontos; Carvalho, et al., 2015: 44,5 pontos unidade e 34,5 pontos hospital; Hamdan, et al., 2013: 61,5 pontos; Reis. et al., 2017: 51 pontos; Silva, 2018: 57 pontos; Gomides, 2016: 57 pontos unidade e 42,6 pontos hospital. |
| | SAQ Versão CC | NA | NA | Hill, et al., 2015: 31,4 pontos pré-intervenção e 45,1 pontos pós-intervenção; Goras, et al., 2017: 57,9 pontos; Ongun; Intepeler, 2017: 44,5 pontos; Correggio, et al., 2014: 53,4 pontos. |

QUADRO 15 - MÉDIAS POR DOMÍNIOS DO SAQ APRESENTADOS NOS ESTUDOS CLASSIFICADOS COMO FORTES, MODERADOS E FRACOS
(continuação)

| Domínios do SAQ | Versão do SAQ | Pontuação Forte (>75 pontos) | Pontuação Moderada (70-75 pontos) | Pontuação Fraca (<70 pontos) |
|--------------------------------------|----------------|---|--|---|
| 2) Percepção da Gerência | SAQ Versão UTI | NA | NA | France, et al., 2010: 53,9 pontos; Malki, et al., 2017: 47,1 pontos. |
| | SAQ | NA | Abu-El-Noor, et. al, 2017: 71,8 pontos; Carvalho, et. al, 2015: 74,9 pontos; Gomides, 2016: 73,8 pontos. | Hamdan, 2013: 60 pontos; Reis, et al., 2017: 68,1 pontos. |
| 3) Reconhecimento de Estresse | SAQ Versão CC | NA | NA | Goras, et al., 2017: 62,9 pontos; Ongun; Intepeler, 2017: 33,9 pontos. |
| | SAQ Versão UTI | NA | Abdi, et. al, 2015: 70,3 pontos. | France, et al., 2010: 66,6 pontos. |
| 4) Satisfação no Trabalho | SAQ | Reis, et. al, 2017: 81,6 pontos; Silva, 2018: 84 pontos. | Carvalho, et. al, 2015: 70,6 pontos; Hamdan, 2013: 71,2 pontos; Gomides, 2016: 72,3 pontos. | Abu-El-Noor, et al., 2017: 66,7 pontos. |
| | SAQ Versão CC | Goras, et. al, 2017: 78,9 pontos. | NA | Hill, et al., 2015: 48,9 pontos pré-intervenção e 64,4 pontos pós-intervenção; Correggio, et al., 2014: 58,3 pontos. |
| | SAQ Versão UTI | NA | France, et.al, 2010: 71 pontos; Malki, et. al, 2017: 70,3 pontos. | Poley, et al., 2011: 70,9 pontos pré-intervenção e 65,6 pontos pós-intervenção; Abdi, et al., 2015: 68,9 pontos. |

QUADRO 15 - MÉDIAS POR DOMÍNIOS DO SAQ APRESENTADOS NOS ESTUDOS CLASSIFICADOS COMO FORTES, MODERADOS E FRACOS
(conclusão)

| Domínios do SAQ | Versão do SAQ | Pontuação Forte (>75 pontos) | Pontuação Moderada (70-75 pontos) | Pontuação Fraca (<70 pontos) |
|---------------------------------------|----------------|---------------------------------|--------------------------------------|---|
| 5)Clima de Segurança | SAQ | NA | NA | Abu-El-Noor, et al., 2017: 61,9 pontos; Carvalho, et al., 2015: 48,9 pontos; Hamdan, 2013: 64 pontos; Reis, et al., 2017: 62,8 pontos; Silva, 2018: 59 pontos; Gomides, 2016: 55,8 pontos. |
| | SAQ Versão CC | NA | NA | Hill, et al., 2015: 57,3 pontos pré-intervenção e 67,4 pontos pós-intervenção; Goras, et al., 2017: 66,2 pontos; Ongun; Intepeler, 2017: 53,3 pontos; Correggio, et al., 2014: 50,6 pontos. |
| | SAQ Versão UTI | NA | France, et. al, 2010: 74,2 pontos. | Abdi, et al., 2015: 52,3 pontos. |
| 6) Clima de Trabalho em Equipe | SAQ | NA | NA | Abu-El-Noor, et al., 2017: 58,8 pontos; Carvalho, et al., 2015: 59,1 pontos; Hamdan, 2013: 65,9 pontos; Reis, et al., 2017: 60,9 pontos; Gomides, 2016: 69,3 pontos. |
| | SAQ Versão CC | NA | Goras, et. al, 2017: 71,7 pontos. | Ongun; Intepeler, 2017: 59,2 pontos; Correggio, et al., 2014: 64,3 pontos. |
| | SAQ Versão UTI | NA | France, et. al, 2010: 72,2 pontos. | Poley, et al., 2011: 69 pontos pré-intervenção e 69 pontos pós-intervenção; Abdi, et al., 2015: 59 pontos. |

FONTE: A Autora (2019).

LEGENDA: *NA (Não apresentado resultado correspondente a este tópico nos estudos incluídos). Destacam-se como domínios fortes, aqueles que apresentaram itens com pontuação maior que 75 pontos, domínios moderados itens com pontuação entre 70-75 pontos e domínios fracos, aqueles que apresentaram itens com pontuação menor que 70 pontos

O E1 realizou projetos pré e pós intervenção em seu método, por meio da implementação da lista de verificação dos “5 Passos para Cirurgia Segura (5SSS)”, observou-se que 05 domínios foram fortalecidos após a intervenção, exceto “Reconhecimento de Estresse” que obteve uma perda considerável (77 pré – 67,8 pós). Um ano após a intervenção e introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica, houve uma melhoria significativa por parte dos funcionários, em acreditar na importância desta coleta de dados para o ambiente operatório e consequentemente melhores resultados para o paciente. O mesmo observa-se no E7, nos domínios ‘Satisfação no Trabalho’ (70,9 pré – 65,6 pós-intervenção), com perdas menos expressivas também se destacam os domínios “Condições de Trabalho” (55,6 pré – 54,4 pós-intervenção) e “Reconhecimento de Estresse” (54,7 pré - 52,2 pós-intervenção).

Destaca-se no E2 que os funcionários que trabalhavam <40 horas por semana tinham uma média geral melhor em todos os domínios do instrumento (64,40) em comparação com aqueles que trabalharam 40 horas ou mais por semana (57,94). Quanto a notificação de EA, os resultados do E2 demonstraram baixos níveis de notificação de EA nas UTIs (58,9% dos participantes não relataram nenhum evento nos últimos 12 meses), sendo que, os médicos (79,8%) relataram pelo menos um evento no último ano, já os enfermeiros apenas 34,1%. Ainda nesta perspectiva, no E6 dois terços dos participantes acreditam que eles são encorajados a relatar os EA e o sistema trata esses eventos adequadamente, e 41,7% dos participantes acreditam ser possível discutir erros nas UTIs.

O E9 evidenciou que, um clima de segurança mais baixo foi significativamente associado ao aumento do tempo de permanência do paciente no hospital, considerando as características dele, do serviço e da UTI. Para cada 10% de redução na porcentagem de pontuações positivas na UTI para clima de segurança, o tempo de internamento hospitalar aumentou 15%.

No E10, quatro dos seis domínios apresentaram valores menores quando avaliados pelo sexo do profissional de saúde. As mulheres tinham percepções menos favoráveis nos domínios “trabalho em equipe” (69 versus 76 para homens), “satisfação no trabalho” (74 versus 80 para homens), “percepção da gerência” (60 versus 69 para homens) e “condições de trabalho” (57 versus 72 para homens), bem como, os profissionais de saúde com idade maior eram mais propensos a ter percepções favoráveis do clima de trabalho em equipe.

Vale ressaltar que os estudos E4; E9; E10 e E11 apresentaram os resultados dos domínios por meio da categoria profissional e ao considerá-los por categoria entre médicos e enfermeiros, estes tenderam para pontuações significativamente mais baixas do que os médicos (E8, E9, E10, E11), conforme apresentação do QUADRO 16.

QUADRO 16 - MÉDIAS POR DOMÍNIOS DO SAQ APRESENTADAS POR CATEGORIA PROFISSIONAL, CLASSIFICADOS COMO FORTES, MODERADOS E FRACOS

(continua)

| Domínios do SAQ | Versão do SAQ | Pontuação Forte (>75 pontos) | Pontuação Moderada (70-75 pontos) | Pontuação Fraca (<70 pontos) |
|--------------------------|----------------|---|--|---|
| 1) Condições de Trabalho | SAQ | Enfermeiro NA* | Enfermeiro NA | Enfermeiro Cauduro, et al., 2015: 49,2 pontos. |
| | | Médico NA | Médico NA | Médico Cauduro, et al., 2015: 56,6 pontos. |
| | | Enfermeiro NA | Enfermeiro NA | Enfermeiro Carney, et al., 2010: 57 pontos. |
| | SAQ Versão CC | Médico Carney, et al., 2010: 75 pontos. | Médico NA | Médico NA |
| | SAQ Versão UTI | Enfermeiro NA | Enfermeiro NA | Enfermeiro Huang, et al., 2007: 53,9 pontos; Huang, et al., 2010: 66,7 pontos; Chaboyer, et al., 2013: 57,6 pontos. |
| | | Médico NA | Médico Huang, et al., 2010: 73,6 pontos. | Médico Huang, et al., 2007: 68,8 pontos; Chaboyer, et al., 2013: 67,9 pontos. |
| | | Enfermeiro NA | Enfermeiro NA | Enfermeiro Cauduro, et al., 2015: 57,6 pontos na unidade e 61,5 pontos no hospital; |
| | SAQ | Médico NA | Médico NA | Médico Cauduro, et al., 2015: 58,1 pontos na unidade e 59,3 pontos no hospital. |
| | | Enfermeiro NA | Enfermeiro NA | Enfermeiro Carney, et al., 2010: 62 pontos. |
| | | Médico NA | Médico NA | Médico Carney, et al., 2010: 68 pontos. |
| 2) Percepção da Gerência | SAQ Versão UTI | Enfermeiro NA | Enfermeiro NA | Enfermeiro Huang, et al., 2007: 48,9 pontos; Huang, et al., 2010: 59,9 pontos. |
| | | Médico NA | Médico Huang, et al., 2010: 71,6 pontos; | Médico Huang, et al., 2007: 58,2 pontos. |

QUADRO 16 - MÉDIAS POR DOMÍNIOS DO SAQ APRESENTADAS POR CATEGORIA PROFISSIONAL, CLASSIFICADOS COMO FORTES, MODERADOS E FRACOS

(continuação)

| Domínios do SAQ | Versão do SAQ | Pontuação Forte (>75 pontos) | Pontuação Moderada (70-75 pontos) | Pontuação Fraca (<70 pontos) |
|-------------------------------|----------------|--|--|---|
| 3) Reconhecimento de Estresse | SAQ | Enfermeiro NA | Enfermeiro NA | Enfermeiro Cauduro, et al., 2015: 46,3 pontos; |
| | | Médico NA | Médico NA | Médico Cauduro, et al., 2015: 67,8 pontos |
| | SAQ Versão CC | Enfermeiro NA | Enfermeiro NA | Enfermeiro Carney, et al., 2010: 69 pontos. |
| | | Médico NA | Médico NA | Médico Carney, et al., 2010: 65 pontos. |
| | SAQ Versão UTI | Enfermeiro NA | Enfermeiro NA | Enfermeiro Huang, et al., 2007: 66,6 pontos; Huang, et al., 2010: 68,8 pontos; Chaboyer, et al., 2013: 68,6 pontos. |
| | | Médico NA | Médico Chaboyer, et. al, 2013: 72,2 pontos. | Médico Huang, et al., 2007: 69,1 pontos; Huang, et al., 2010: 69,1 pontos. |
| 4) Satisfação no Trabalho | SAQ | Enfermeiro Cauduro, et al., 2015: 82,5 pontos. | Enfermeiro NA | Enfermeiro NA |
| | | Médico Cauduro, et al., 2015: 77,8 pontos. | Médico NA | Médico NA |
| | SAQ Versão CC | Enfermeiro Carney, et al., 2010: 77 pontos. | Enfermeiro NA | Enfermeiro NA |
| | | Médico Carney, et al., 2010: 79 pontos. | Médico NA | Médico NA |
| | SAQ Versão UTI | Enfermeiro NA | Enfermeiro Huang, et al., 2010: 71,3 pontos; | Enfermeiro Huang, et al., 2007: 63,7 pontos; Chaboyer, et al., 2013: 67,6 pontos. |
| | | Médico Huang, et al., 2010: 80,7 pontos; Chaboyer, et al., 2013: 79,9 pontos. | Médico NA | Médico Huang, et al., 2007: 68,9 pontos. |

QUADRO 16 - MÉDIAS POR DOMÍNIOS DO SAQ APRESENTADAS POR CATEGORIA PROFISSIONAL, CLASSIFICADOS COMO FORTES, MODERADOS E FRACOS

(conclusão)

| Domínios do SAQ | Versão do SAQ | Pontuação Forte (>75 pontos) | Pontuação Moderada (70-75 pontos) | Pontuação Fraca (<70 pontos) |
|--------------------------------|----------------|---|---|--|
| 5) Clima de Segurança | SAQ | Enfermeiro NA | Enfermeiro NA | Enfermeiro Cauduro, et al., 2015: 65,7 pontos. |
| | | Médico NA | Médico NA | Médico Cauduro, et al., 2015: 63,1 pontos. |
| | SAQ Versão CC | Enfermeiro NA | Enfermeiro Carney, et al., 2010: 73 pontos. | Enfermeiro NA |
| | | Médico NA | Médico Carney, et al., 2010: 74 pontos. | Médico NA |
| | SAQ Versão UTI | Enfermeiro NA | Enfermeiro Huang, et al., 2010: 72,8 pontos. | Enfermeiro Huang, et al., 2007: 67,6 pontos; Chaboyer, et al., 2013: 67,8 pontos. |
| | | Médico Chaboyer, et al., 2013: 75,2 pontos. | Médico Huang, et al., 2007: 71,3 pontos; Huang, et al., 2010: 74,6 pontos. | Médico NA |
| 6) Clima de Trabalho em Equipe | SAQ | Enfermeiro NA | Enfermeiro NA | Enfermeiro Cauduro, et al., 2015: 68,6 pontos. |
| | | Médico NA | Médico NA | Médico Cauduro, et al., 2015: 67,6 pontos. |
| | SAQ Versão CC | Enfermeiro NA | Enfermeiro Carney, et al., 2010: 71 pontos. | Enfermeiro NA |
| | | Médico Carney, et al., 2010: 76 pontos. | Médico NA | Médico NA |
| | SAQ Versão UTI | Enfermeiro NA | Enfermeiro Huang, et al., 2010: 72,5 pontos. | Enfermeiro Huang, et al., 2007: 68,7 pontos; Chaboyer, et al. 2013: 68,8 pontos. |
| | | Médico Huang, et al., 2007: 77,4 pontos; Huang, et al., 2010: 81,2 pontos; Chaboyer, et al., 2013: 79,9 pontos. | Médico NA | Médico NA |

FONTE: A Autora (2019).

LEGENDA: *NA (Não apresentado resultado correspondente a este tópico nos estudos incluídos). Destacam-se como domínios fortes, aqueles que apresentaram itens com pontuação maior que 75 pontos, domínios moderados itens com pontuação entre 70-75 pontos e domínios fracos, aqueles que apresentaram itens com pontuação menor que 70 pontos.

No E7, houve resultados mistos sobre a diferença entre médicos e enfermeiros: em três domínios do instrumento (sendo eles: “clima de trabalho em equipe”, “clima de segurança” e “reconhecimento de estresse”), os médicos obtiveram pontuação mais elevada do que os enfermeiros em ambos os pontos no tempo (pré e pós-intervenção). Em outros dois domínios do SAQ (sendo eles: “percepção da gerência” e “condições de trabalho”), os enfermeiros apresentaram consistentemente escores de escala média mais elevados.

Ainda neste estudo, em relação ao clima de trabalho em equipe, por exemplo, na primeira data de avaliação, 80% dos médicos concordaram com a afirmação “As divergências nesta UTI são resolvidas de forma adequada pois, não trata-se de quem está certo, mas do que é melhor para o paciente”, contra 44% das enfermeiras. Na segunda data de mensuração, essas proporções foram de 60% em médicos e 50% em enfermeiros. Outro resultado relevante foi quando solicitados a avaliar a qualidade da colaboração e comunicação, relativamente poucos enfermeiros classificaram colaboração e comunicação com os médicos como alta ou muito alta, enquanto os médicos avaliaram a colaboração e comunicação com enfermeiros como alta ou muito alta.

No E13, realizado em UTI neonatal de 12 instituições diferentes, a pontuação média composta nos seis domínios variou de 56,3 a 77,8, sendo que o domínio “percepção da gestão” e “reconhecimento de estresse”, apresentaram os menores desempenhos: 33,3% e 41,3% respectivamente. Ademais, os principais resultados deste estudo revelou que: há variação significativa nos domínios de cultura de segurança entre esta amostra de UTI neonatal; oportunidades de melhoria em todos os domínios medidos pelo SAQ; padrões de domínios de cultura de segurança mais positivos nas UTI neonatal em relação a uma grande amostra de UTI adulto do mesmo período de tempo; uma tendência para uma associação entre o cargo e a cultura de segurança, no qual os médicos avaliam as normas relacionadas ao trabalho em equipe e à segurança de forma mais positiva do que os enfermeiros e outros funcionários.

O E14, refere-se a uma continuação do E13, ao qual, os autores encontraram uma tendência de significância na comparação da distribuição de desempenho nas quatro principais UTI neonatal em todos os domínios, indicando um desempenho geralmente consistente em todas as dimensões da cultura de segurança.

4.3 ESTRATÉGIAS DE MELHORIA DO CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UNIDADES CRÍTICAS HOSPITALARES SUGERIDAS NOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Estratégias para melhorias da qualidade da assistência e fortalecimento da segurança do paciente foram sugeridas e/ou recomendadas pela equipe e pelos autores, respectivamente, nos estudos E2, E6, E7, E8, E13, E15 e E18, porém, nenhum estudo relatou que estas estratégias foram implementadas nos serviços de saúde. Abaixo, no QUADRO 17 estão descritas as recomendações extraídas dos estudos, com perspectivas para contribuir positivamente com o clima de segurança do paciente nas unidades críticas hospitalares.

QUADRO 17 - ESTRATÉGIAS SUGERIDAS NOS ESTUDOS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E FORTALECIMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

| |
|---|
| Implementação eficaz e eficiente da cultura de segurança de programas de intervenção personalizados de acordo com as necessidades individuais do setor; |
| Educação em serviço da equipe; |
| Sistemas de relatórios de notificação de EA; |
| Fim da cultura punitiva por erros; |
| Disponibilização de informações rotineiras à equipe para execução de tarefas; |
| Melhoria da percepção da gestão por meio da introdução de rodadas de liderança; |
| Adequação do dimensionamento de pessoal para lidar com as cargas de trabalho; |
| Redução da quantidade de formulários a serem preenchidos; |
| Desenvolvimento do programa de gerenciamento de fadiga na unidade; |
| Melhorar a conformidade com a higiene das mãos, para redução dos índices de infecção; |
| Ajustes de salários dos profissionais de saúde. |

FONTE: A Autora (2019).

O E15 apresentou tópico específico para as implicações para o gerenciamento da enfermagem e fortalecimento da segurança do paciente e sugeriu combinar pesquisas com métodos qualitativos ao examinar a cultura de segurança.

Já, os estudos E15, E16 e E17 abordaram implicações específicas para a enfermagem. As UTIs não apresentaram escores uniformes entre os fatores, e no E8 e E17 os diretores de enfermagem superestimaram os escores de cultura de segurança de seus funcionários, particularmente para as dimensões “clima de trabalho em equipe” e as “condições de trabalho” no E8 e em todas as dimensões para o E17.

Já no E11, a avaliação dos diretores de enfermagem e enfermeiros assistenciais foram semelhantes em suas percepções sobre o clima de segurança, exceto nas avaliações do gerenciamento hospitalar, ao quais os gerentes apresentaram valores mais baixos.

A partir dos resultados expostos nos três tópicos, em síntese, a *scoping review* apresentou os resultados representados graficamente na FIGURA 4.

Outras estratégias apresentadas nas fontes primárias ao qual destacam-se são: listas de verificação estruturadas e trabalho em equipe na área da saúde estão ligados a melhores resultados para o paciente, como demonstrado no E1. O E13, evidencia que as UTINs geralmente apresentam escores mais altos no domínio da cultura de segurança do que as UTIs adultas. Por fim, o E15, cerca de 55,5% dos enfermeiros participantes, demonstraram uma tendência a abandonar o emprego, enquanto o restante da equipe de enfermagem estava bastante satisfeito.; 71,4% dos enfermeiros acreditava que o trabalho na UTI os expunha a emoções indesejáveis, particularmente depressão e esgotamento emocional.

FIGURA 4 - SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS EVIDENCIADOS NESTA PESQUISA



FONTE: A Autora (2019).

5 DISCUSSÃO

Os estudos primários incluídos nesta revisão possibilitaram identificar o clima de segurança medido pelo instrumento SAQ, mais especificamente as áreas frágeis e fortalecidas no contexto das unidades críticas hospitalares, sendo estas o centro cirúrgico e as UTIs. Além disso, houve estudos que também possibilitaram elencar estratégias de mudança.

O percentual de estudos realizados nas UTIs (63,6%) foi maior do que os realizados no ambiente cirúrgico (36,3%). Vale ressaltar que, não foram identificados nas buscas estudos que utilizaram o SAQ nas salas de hemodiálise, considerada também como unidade crítica, entretanto, foram encontrados estudos desenvolvidos com outros instrumentos sendo estes: o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* e o Instrumento de Avaliação da Segurança de Pacientes Renais Crônicos em Hemodiálise (IASPRCH). Supõe-se que devido a existência de um instrumento próprio para aferir o clima de segurança denominado: IASPRCH que dispõe de 57 itens, distribuídos nas dimensões relacionadas às seis metas nacionais de segurança do paciente (AGUIAR et al., 2018).

Na busca realizada nas diferentes bases de dados e outras fontes, seguindo os critérios de inclusão estabelecidos para esta *scoping review*, houve diversos estudos com o tema de clima de segurança do paciente de 2006 até 2019, entretanto, vários deles foram realizados em unidades distintas das críticas no ambiente hospitalar, em unidades de atendimento de emergência, ambulatorios ou mesmo tratavam-se da realização de tradução, adaptação transcultural ou validação do instrumento SAQ em diversos países, sendo excluídos na primeira seleção por não atenderem aos critérios.

Dentre as bases de dados utilizadas, destacam-se a Cinahl, Medline/Pubmed e Lilacs pela recuperação de 896, 567 e 517 estudos respectivamente. Estas bases são multidisciplinares nas áreas de ciência, tecnologia e medicina com indexação de títulos acadêmicos revisados por pares e série de livros publicados. Todavia, apesar do grande número de estudos recuperados na base Cinahl (indexa os periódicos da área de enfermagem e de assuntos correlatos), nenhum estudo desta base foi incluído por não atender aos critérios de inclusão. Por se tratar de uma revisão de escopo, que permite a busca dos estudos em diversas fontes, foram consultadas outras fontes tais

como o Oasisbr e o Bdbtd, deste modo o número de estudos nacionais destacou-se na amostra desta revisão, totalizando 06 estudos (27,2%).

Os 22 estudos incluídos foram publicados entre 2006 e 2018 ratificando que o tema tem apresentado relevância nos últimos anos, o que fortaleceu as discussões e a criação de políticas públicas no contexto brasileiro, voltadas à segurança do paciente. Todos os estudos ofereceram descobertas importantes sobre a segurança do paciente nas unidades críticas hospitalares, mesmo com focos distintos, foi possível ilustrar como a avaliação do clima de segurança é aplicável e fundamental ao gerenciamento.

Abul-El-Noor e colaboradores (2017) e Hamdan (2013), corroboram que é recomendável as administrações hospitalares fornecerem rotineiramente e priorizarem a educação em serviço em suas equipes e este desenvolvimento profissional contínuo seja específico ou “personalizado” tem por finalidade melhorar as habilidades e conhecimentos dos profissionais e atender às necessidades individuais das unidades, pois como demonstrado nos resultados (E6,E8) tais unidades apresentam clima de segurança diferentes, mesmo que sejam pertencentes a mesma instituição, principalmente nos domínios “satisfação no trabalho” e “condições de trabalho”.

A educação permanente em saúde incentiva a diversificação de estratégias para compartilhar conhecimentos e experiências do mundo do trabalho (WEGNER et al., 2016). Evidências mostram que programas abrangentes de melhoria da segurança do paciente, capacitação contínua dos profissionais são algumas das principais ações da administração do hospital e da unidade para melhorar as percepções da força de trabalho e causar impacto positivo na segurança do paciente (COLLA et al., 2005, HAERKENS; JENKINS; VAN DER HOEVEN et al, 2012; RIGOBELLO et al., 2012).

A cultura e o clima de segurança são cada vez mais reconhecidos como umas das principais condições para a segurança do paciente e realizar a avaliação do *status quo* em diferentes domínios é o primeiro passo crítico para melhora-los, compreendendo que, uma unidade com pontuação alta em um fator pode ter uma pontuação ruim em outro (HUANG et al., 2007; POLEY et al., 2011). No E8, demonstrou-se que em umas das UTIs participantes a avaliação com o maior escore foi na satisfação no trabalho, mas o menor escore foi decorrente do reconhecimento

de estresse. Deste modo, a avaliação multidimensional é importante pois, a concentração em um fator gera à negligência de outros (HUANG et al., 2007).

De acordo com os resultados desta pesquisa, observa-se que o clima de segurança variou, de acordo com cada dimensão, unidade (CC e UTI) e categoria profissional. No que se refere às dimensões do SAQ, os resultados revelaram baixos níveis de atitudes de segurança do paciente em todas elas e identificaram oportunidades para melhorar o clima de segurança do paciente, por meio da implementação de ações, no cenário do CC e das UTIs. Nesta perspectiva, as pontuações baixas nas dimensões do clima de segurança relatadas nos estudos, devem chamar a atenção dos gestores nestas unidades, com necessidade de projetar e implementar programas de segurança do paciente, como sugere o E2.

O domínio “percepção da gerência” foi considerado como fraco em todos os estudos desta revisão com um escore que variou entre 31,4 a 61,5. A percepção da gerência pelos profissionais no setor saúde é fundamental para a garantia da segurança do paciente, pois, esta dimensão reflete o grau de concordância destes indivíduos sobre as ações da gerência ou da administração do hospital e os baixos escores indicam o distanciamento entre equipe e seus superiores hierárquicos, em relação ao diálogo sobre as questões de segurança do paciente (RIGOBELLO et al., 2012).

O E3, revelou que a baixa percepção em relação à gerência da unidade e do hospital, remete que os profissionais que atuam no cuidado direto ao paciente não percebem o compromisso da gestão do serviço com os fatores latentes do clima de segurança, em contrapartida, no E13 sobre as percepções de gestão, muitos profissionais de saúde indicaram uma falta de apoio em seus esforços diários pela gerência e mencionaram o dimensionamento de pessoal como insuficiente para lidar com a carga de trabalho, sendo assim, como mencionado no E17, torna-se fundamental que os gerentes tenham consciência dos múltiplos e complexos fatores que impactam potencialmente na segurança do paciente.

Por tratar-se de um sistema complexo, as instituições precisam implementar um modelo de gestão com foco na segurança do paciente, ao qual, os gerentes precisam mostrar uma responsabilidade compartilhada com a equipe de saúde, fornecendo o apoio para aumentar a conscientização sobre a segurança do paciente nas unidades críticas (GORAS et al., 2017).

Os resultados desta pesquisa, foram semelhantes a estudos anteriores, investigação realizada por Sexton e colaboradores (2006) evidenciou que, o gerenciamento hospitalar é visto como um problema em muitas unidades críticas se associando à desfechos mais desfavoráveis para os pacientes. Outros estudos realizados no ambiente hospitalar, apresentaram resultados semelhantes quanto ao domínio “percepção da gerência” entre os profissionais de saúde.

Pesquisa realizada em 2016, que avaliou o clima de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde de um hospital privado revelou escore baixo (58,9) nesta dimensão, demonstrando a insatisfação dos profissionais quanto às ações da gerência frente às questões de segurança, o que reflete o fato de os profissionais considerarem a administração não preocupada com o bem-estar dos pacientes e da própria instituição (BARBOSA et al., 2016). Outro estudo denotou o mesmo domínio, com o pior escore de sua avaliação (62,15) demonstrando uma visão negativa dos profissionais quanto às ações da gerência frente às questões de segurança do paciente (MAGALHÃES et al., 2019).

Entretanto, se por um lado, o domínio foi avaliado com pontuação negativa, por outro, isto, possibilita a oportunidade de melhoria para questões gerenciais e quando a gestão da organização está comprometida com a segurança, esta fornece apoio e recursos adequados, promovendo melhoria dos esforços operacionais (equipamentos, procedimentos, seleção, capacitação e horários de trabalho) para melhorar a segurança do paciente (WIEGMANN et al., 2002; PAGANI; CROZETA; CRISIGIOVANNI, 2019). Por meio da escuta dos liderados, acerca do atendimento ao paciente, o gestor pode prover melhorias na qualidade dos serviços ofertados e, consequentemente, minimizar os riscos de danos (REIS et al., 2017a).

Diante deste contexto, as percepções de gerenciamento são altas quando a gerência favorece a comunicação aberta, apoia o trabalho em equipe, aloca recursos apropriados, recompensa os relatórios e age visivelmente para remediar os problemas, deste modo, são atores diretos para contribuir com um clima de segurança positivo, incentivando a equipe a relatar erros, promovendo o aprendizado a partir deles (POLEY et al., 2011). Os gerentes também devem considerar estratégias para criar um ambiente livre de culpa, no qual os membros da equipe são encorajados a relatar erros e levantar questões de segurança sem o medo de retaliações. Além disso, deve-se promover uma cultura de aprendizagem por meio do apoio ao

desenvolvimento de mecanismos apropriados para coletar, analisar e disseminar informações sobre erros (SNIJDERS et al., 2009; ABDI et al., 2015).

Nos resultados desta pesquisa constatou-se que os gerentes tenderam a superestimar os escores do clima de segurança de seus funcionários, particularmente para os domínios “clima de trabalho em equipe” e as “condições de trabalho”. Todavia, as avaliações de cultura ou clima baseadas em análises de nível institucional ou opinião dos gestores apresentem falhas (HUANG et al., 2007). Essa incoerência é uma preocupação pois, os gerentes desempenham um papel decisivo na promoção do desempenho da equipe e na criação de uma cultura de segurança e, portanto, precisam estar cientes das atitudes de seus funcionários em relação à cultura de segurança do paciente em sua prática cotidiana de liderança (HUANG et al., 2007; KUNZLE; KOLBE; GROTE, 2010).

Os resultados encontrados para o domínio “condições de trabalho”, foi o segundo que apresentou os menores escores depois do domínio de “percepção da gerência”, com média que variou entre 41,9 - 66,9, com apenas um estudo realizado na UTI com escore moderado (71,4), estes achados coincidem com outros estudos realizados no ambiente hospitalar, que apresentaram o domínio “condições de trabalho” com segundo pior escore de avaliação (LUIZ et al., 2015; NGUYEN et al., 2015).

A percepção da qualidade do ambiente de trabalho, abordada no domínio “condições de trabalho” apresentou escore moderado em apenas um estudo realizado na UTI (E15), as demais pontuações foram classificadas como fracas, variando entre 41,9 a 66,8. As condições de trabalho são influenciadas de maneira negativa pelos seguintes fatores: jornadas de trabalho longas, dimensionamento de pessoal insuficiente, conflitos entre os membros da equipe, os quais contribuem para o desgaste profissional e propensão à ocorrência de EA (ATEFI et al., 2014).

Dentre as bases prioritárias para as condições de trabalho, destacam-se os investimentos em infraestrutura, consideradas indispensáveis para se atingir e manter as condições mínimas de segurança em organizações de alto complexidade, como as organizações de saúde (CARVALHO et al., 2019).

As condições de trabalho a que os profissionais estão expostos representam potenciais estímulos de estresse e tensão, principalmente quando se refere a sobrecarga de trabalho (MAGNAGO et al., 2010). Estudo que comparou o clima de segurança em instituições hospitalares públicas e privadas apontou diferença no clima

de segurança entre os hospitais avaliados, com destaque para pontuação positiva neste domínio para o hospital privado (79,0) enquanto as instituições filantrópicas ficaram abaixo (73,5), entretanto, estes valores apresentaram médias maiores que os estudos realizados nas unidades críticas incluídas nesta pesquisa (KOLANKIEWICZ et al., 2017).

O domínio “reconhecimento de estresse” denota a percepção de como fatores estressores influenciam na execução do trabalho, evidenciado nos resultados deste estudo como o terceiro domínio mais fraco com escores que variaram entre 33,9 - 68,1, e em quatro estudos ele apresentou escores moderados (70,3-74,9) nas unidades críticas. No E7 os membros da equipe pesquisados mostraram relativamente pouco reconhecimento dos efeitos do estresse e da fadiga no desempenho. No E12, este domínio obteve o menor escore entre as subescalas do SAQ dos profissionais do centro cirúrgico.

Esse sentimento de invulnerabilidade faz parte de várias culturas profissionais, entretanto, reconhecer que o estresse afeta os resultados na assistência à saúde é uma condição essencial para a redução de ocasiões inseguras (CARVALHO et al., 2019). A percepção de que as pessoas tomam boas decisões não importando o estresse sob elas não é verdadeira: o estresse, a alta carga de trabalho e a privação do sono diminuem o desempenho e aumentam a ocorrência de EA (POLEY et al., 2011).

O estresse está relacionado com o desgaste emocional, a alta demanda no trabalho, o cansaço, o dimensionamento de pessoal inadequado e as condições laborais insalubres que ocasionam uma elevada carga de trabalho mental e física nos profissionais e como consequência uma assistência insegura (FARIAS et al., 2011; RODRIGUES; SANTOS; SOUSA, 2017).

Corroborando os resultados encontrados nesta pesquisa, um estudo nacional que aplicou o SAQ e outro instrumento em uma UTI, apontou a percepção do estresse como uma das dimensões que menos pontuou (66 pontos) (SANTIAGO; TURRINI, 2015), contudo, outro estudo brasileiro realizado no ambiente hospitalar demonstrou, escore moderado neste domínio (74,3 pontos) destacando que os profissionais do nível superior tiveram maior reconhecimento dos fatores estressores que influenciam na execução do trabalho, com escores maiores quando comparado aos profissionais de nível médio (CARVALHO et al., 2017).

Estudo realizado em 2013, que avaliou a validade interna de constructo do domínio “reconhecimento de estresse” denotou que o mesmo não se adequa à avaliação de clima de segurança global do SAQ, pois, este domínio avalia a percepção do profissional em relação às habilidades, diferentemente dos demais domínios, que avaliam a percepção do profissional em relação ao ambiente de trabalho ou à unidade organizacional como um todo, sugerindo reexaminar a permanência desse domínio como uma variável do SAQ (TAYLOR; PANDIAN, 2013).

Diante do contexto das unidades críticas, os profissionais sofrem a influência desse ambiente intenso e rotinizado ao desempenhar as suas funções e o estresse ocupacional acontece quando o indivíduo depara com situações ou com um ambiente ameaçador, deste modo, a partir do momento em que o profissional está estressado, seu desempenho não será o mesmo, acarretando danos para si, bem como para o paciente sob seus cuidados (STUMM et al., 2008). Do ponto de vista do gerenciamento, o gestor, ao identificar estressores potenciais na unidade, tem subsídios para mobilizar ações visando minimizar e/ou gerar alternativas mais eficazes de enfrentamento ao estresse no ambiente de trabalho, preservando a saúde dos profissionais e ampliando a qualidade da assistência (STUMM et al., 2008).

Nesta pesquisa, o domínio “satisfação no trabalho” refere-se ao contentamento dos profissionais em atuarem nas unidades críticas, sendo o único domínio que apresentou resultados classificados como fortes (78,9-84), E5, E20, E21, bem como, também apresentou escores moderados (70,3-72,3) e fracos (48,9-68,9). Uma percepção positiva deste domínio está diretamente relacionada com a qualidade do cuidado ofertado, sendo que, as organizações que possuem profissionais insatisfeitos com o trabalho apresentam maiores taxas de rotatividade e de EA como erros de medicação, infecções nosocomiais e quedas (TOSO et al., 2016).

Ao comparar os resultados desta revisão, os estudos brasileiros estão presentes nos escores classificados como fortes, sendo assim infere-se que os profissionais brasileiros (E20, E21) são mais satisfeitos com o seu trabalho do que os profissionais de outros países, aos quais foram realizados os estudos incluídos nesta pesquisa. Toso e colaboradores (2016) discorrem que, os fatores que predisõem à satisfação no trabalho são gostar da profissão, ter reconhecimento no seu exercício, ter a possibilidade de ajudar o outro e os relacionamentos no ambiente de trabalho, ou seja, está intimamente relacionado as condições de trabalho nas organizações,

saúde do trabalhador, bem como nas relações de equipe, o que resulta em um ambiente mais humanizado.

Pesquisa realizada na Espanha com enfermeiros durante o perioperatório de pacientes, evidenciou que se o enfermeiro apresenta insatisfação no trabalho, menos comprometimento profissional e baixa participação nos assuntos de sua unidade, a probabilidade da ocorrência de EA aos pacientes por ele assistidos é maior (SILLERO-SILLERO; ZABALEGUI, 2019). Portanto, vale salientar que, a percepção de uma atitude de segurança positiva no ambiente de trabalho emana pela satisfação no trabalho e pela autonomia profissional, assim como pelo comprometimento e pela prestação de um cuidado de qualidade (RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2013; MARINHO; RAUNZ; BARBOSA, 2014).

No que tange ao domínio “clima de trabalho em equipe” as médias apontam para déficits na afinidade e colaboração entre os membros da equipe, ao qual nos resultados apresentaram escores de moderados (71,7-72,2) a fracos (58,8-69,3). No E5, o clima geral de trabalho em equipe não revelou discrepâncias significativas entre diferentes profissões, o que indica a influência de vários fatores, com foco em melhorar o trabalho em equipe e a comunicação e aumentar a conscientização sobre a segurança do paciente em geral.

O E4 evidenciou fragilidades na comunicação no CC, indicando segundo o autor, baixo diálogo, baixa interação entre a equipe e pouca troca de informação, já no ambiente de cuidado intensivo (E7), as evidências suportam a existência de uma forte relação entre trabalho em equipe e segurança do paciente vinculando isso a melhores padrões de comunicação, coordenação e colaboração entre os funcionários da unidade. Supõe-se que para o desenvolvimento do clima de segurança do paciente é fundamental que profissionais de saúde incorporem e aprimorem a ideia da responsabilidade coletiva e compartilhada, medidas estas que fortalecem o trabalho em equipe (WEGNER et al., 2016).

Diferente dos resultados encontrados nesta pesquisa sobre o domínio clima de segurança, uma investigação realizada em ambiente hospitalar não crítico, demonstrou escores maiores, próximos a pontuação considerada positiva para a segurança do paciente (73,8) (TONDO; GUIRARDELLO, 2017). Entretanto, estudo internacional realizado em ambiente hospitalar nos EUA e Suíça que explorou a variabilidade nas dimensões do clima de segurança dentro e entre as áreas clínicas,

com um clima de trabalho em equipe de 71,2 (SCHWENDIMANN; ZIMMERMANN; KÜNG, 2013), sendo estes valores semelhantes aos resultados desta pesquisa.

O processo de assistência à saúde envolve inerentemente vários ramos do conhecimento, ao qual cada membro da equipe tem suas competências específicas e funções em trabalho especializado, utilizando recursos compartilhados e a comunicação para coordenar e adaptar-se à mudança com intuito de alcançar os objetivos definidos (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018).

Tal achado tem importância, pois o trabalho em equipe é um componente integral de uma cultura de boa comunicação, principalmente no CC e na UTI, consequentemente, é um fator importante da segurança do paciente e está associado a uma melhor satisfação no trabalho, o que gera menos tempo de afastamento do trabalho (MAKARY et al., 2006). Sendo assim, o desenvolvimento de uma comunicação efetiva, reflete na colaboração mútua entre os profissionais, propiciando resultados positivos, como a satisfação com o trabalho e a eficiência nas atividades (MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014).

No E7, a melhoria da comunicação foi a recomendação mais listada na seção aberta do SAQ, particularmente entre enfermeiros e médicos. Neste contexto, dentro de uma equipe, as habilidades e talentos são individuais, contudo, quando ocorre uma integração gerencial a produção de serviços torna-se mais eficiente e efetiva, destacando-se o processo de comunicação, que essencialmente deve ser verdadeiro para que exista espaço para a confiança, respeito, cooperação e busca de objetivos e metas comuns (NAVARRO, GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

Uma boa comunicação com a equipe é uma característica de líderes fortes, quando o gestor proporciona momentos de escuta para que a equipe exponha a sua opinião, permite que os seus membros sintam-se parte do processo, deste modo, valorizar os saberes e as experiências dos indivíduos é importante para a garantir a segurança da assistência, pois toda mudança requer participação de todos os níveis da organização (CARVALHO, 2015; REIS et al., 2017a).

Por fim, o domínio “clima de segurança”, apresentou escores de moderados a fracos nos estudos incluídos nesta revisão, com apenas um estudo realizado na UTI com escore moderado (74,2) e demais com escores de domínios fracos que variou de 48,9 a 69,3. No contexto deste domínio, os resultados revelaram a baixa notificação de EA nas unidades críticas (E2, E6), o que deve estar relacionado à prevalência de cultura punitiva e os médicos relataram eventos com mais frequência que os

enfermeiros. Este domínio está intimamente relacionado com a dificuldade de discutir e aprender com os erros no serviço, sendo assim, o clima de segurança inclui a previsibilidade do comportamento de outras pessoas, o incentivo dos colegas para relatar preocupações com a segurança do paciente e a facilidade de aprender com os erros de outras pessoas (SMITS et al., 2018).

Pesquisas realizadas em hospitais de alta complexidade no Brasil, apresentaram resultados semelhantes a esta pesquisa quanto a este domínio do clima de segurança (58,2), já no item notificação de EA a categoria do enfermeiro foi a que atingiu o maior percentual de notificações quando comparado às categorias de médicos, técnicos de enfermagem e outros profissionais (CARVALHO et al., 2019; NOTARO et al., 2019). O clima de segurança refere-se às percepções de um compromisso organizacional forte e proativo com a segurança, ao qual é derivado das respostas de itens do SAQ como “Erros médicos são tratados apropriadamente nesta unidade” e “Eu me sentiria seguro sendo tratado aqui como um paciente” (POLEY et al., 2011).

Estes resultados estão relacionados com a falta de envolvimento dos gestores na segurança do paciente, principalmente quando se trata de temas relacionados a EA e erros que ocorrem nos serviços. Ruviaro e Bardagi (2010) corroboram que, os gestores devem estar empenhados na melhoria dos processos, promover capacitações e desenvolver as competências dos profissionais visando a satisfação dos pacientes e a melhoria na qualidade assistencial e na segurança do paciente.

No âmbito da segurança do paciente, o intuito é reduzir os danos evitáveis causados pela assistência à saúde e aumentar a quantidade de EA notificados pois, uma cultura punitiva com relação à ocorrência de incidentes de segurança desestimula a equipe de reportar os erros e dificulta a aprendizagem (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018). Outros autores discorrem no mesmo contexto: implementar a mudança da cultura punitiva para a cultura de segurança é uma forma de estimular o diálogo sobre os danos causados, transformar o erro em oportunidade de aprendizado e desenvolver o pensar crítico sobre os próprios erros, ou seja, percebê-lo como oportunidade de aprendizado para impedir novos eventos relacionados à mesma causa (PAESE; SASSO, 2013). Neste sentido, a cultura justa é definida como um modelo que tenta ao longo do processo de trabalho, diferenciar os trabalhadores que apresentam uma postura profissional competente e cuidadosa, e que por alguma falha cometeram erros, daqueles que possuem um comportamento arriscado que possa

comprometer a segurança do paciente. Além disso, identifica de forma adequada o perfil do profissional e reconhece os erros como falhas não apenas individual, mas também, decorrentes do sistema organizacional que o trabalhador se encontra inserido (WACHTER, 2013).

Os erros não devem ser tratados como falhas pessoais, mas como oportunidades para melhorar o sistema. Estes ocorrem diariamente em todos os ambientes dos serviços de saúde e reconhece-lo é o primeiro passo para sua prevenção, a partir disso, os profissionais da saúde necessitam compreender os tipos de eventos adversos, suas causas, consequências e fatores contribuintes (WEGNER et al., 2016; ABU-EL-NOOR et al., 2017). Destaca-se que, o envolvimento e a atuação dos gestores são fundamentais para favorecer os cuidados seguros por meio do incentivo à equipe de saúde em extrair lições educativas com os erros comunicados (NOTARO et al., 2019).

Os resultados demonstraram que é provável que exista diferenças nas atitudes de segurança do paciente dentro das equipes cirúrgicas e que o sexo pode ser um importante contribuinte para essas diferenças. A constatação de que as profissionais de saúde do sexo feminino no CC tinham percepções menos favoráveis de satisfação e condições de trabalho são atribuídas as diferenças gerais entre os sexos. Estudo realizado por Magalhães e colaboradores (2019), também apontou resultados semelhantes a variável sexo, ao qual, demonstrou que para os domínios “trabalho em equipe” e “clima de segurança”, os homens obtiveram melhor percepção.

No que diz respeito à classificação do clima de segurança por categoria profissional, os enfermeiros pontuaram escores significativamente mais baixos em todos os domínios em comparação com os médicos, um achado similar aos estudos anteriores foi evidenciado nas UTIs e CC (NGUYEN et al., 2015). A insatisfação do enfermeiro está relacionada ao acúmulo de atividades que sobrecarrega o seu trabalho e às escassas perspectivas de obter novos conhecimentos, prejudicando a qualidade do seu desempenho junto com o paciente (RIGOBELLO et al., 2012).

No que se refere à dimensão técnico-científica, o enfermeiro desenvolve individualmente o seu trabalho na área da saúde, porém, esse esforço compõe um serviço coletivo, tendo em vista que existe a divisão do trabalho muitas vezes marcado pela desigualdade nas relações de poder entre os diferentes profissionais, caracterizando uma divisão técnica e social do trabalho (KURCGANT; MASSAROLLO, 2016).

Revisão integrativa realizada por Rodrigues, Santos e Sousa (2017), mapeou os fatores que contribuem para o estresse e Síndrome de Burnout dos profissionais de enfermagem, sendo estes: o ambiente laboral com precárias condições de trabalho, a carga de trabalho excessiva desses trabalhadores, e a insatisfação no trabalho. Como reflexo desse cotidiano esses trabalhadores ficam mais vulneráveis a desenvolver uma assistência insegura. Contudo, o oposto foi evidenciado em um estudo brasileiro realizado em três hospitais públicos, no qual a equipe de enfermagem apresentou maior escore no domínio satisfação no trabalho, quando comparado aos demais membros da equipe (CARVALHO et al., 2017).

O envolvimento e a sintonia entre todos os profissionais da unidade corroboram a recomendação de se estabelecer uma cultura de segurança nas instituições, considerando que, a participação ativa de todas as categorias profissionais é importante para o sucesso da implantação de práticas seguras. (REIS et al., 2017a). O incentivo da alta gestão à implantação das estratégias de segurança do paciente é importante para que os profissionais percebam que a direção administrativa reconhece a importância e apoia o desenvolvimento de práticas seguras pois, fornece subsídios financeiros, recursos humanos e determinam o delineamento dos processos institucionais para que os profissionais atuem no cuidado seguro (REIS et al., 2017a).

No que se refere às estratégias apresentadas nos estudos desta revisão, sabe-se que são ações essenciais para o fortalecimento da segurança do paciente, das quais podem ser implementadas a curto e longo prazo. Contudo, pela sobrecarga de trabalho, ao dimensionamento de pessoal inadequado, da cultura organizacional negativa quanto a mudanças, gestores e órgãos hospitalares enfrentam dificuldades para a implementação dessas práticas (PROFIT et al, 2012). A elaboração de ações de melhoria não é um processo simples ou isolado, torna-se necessário compreender a complexidade do local e promover reflexão sobre as reais necessidades do serviço para poder promover segurança com qualidade (MACEDO, 2019).

Vale ressaltar que, os programas e estratégias que visem à melhoria da qualidade nas instituições de saúde tenham propostas gerais, todavia precisam adequar-se a cada contexto de trabalho e efetuar mudanças em loco, com vista a atender às especificidades de cada setor (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015). E ao estimular um clima de segurança positivo, deve-se incluir os processos de vigilância e monitoramento contínuo, um ciclo contínuo de ação e reflexão, que possibilita as

instituições aprenderem com suas experiências, bem como criarem e promoverem a capacidade de reflexão sobre a dinâmica do sistema, encaminhando a mudança da própria percepção da segurança do paciente (NOTARO et al., 2019).

6 CONCLUSÃO

A pesquisa possibilitou identificar estudos que aplicaram o SAQ em unidades críticas hospitalares, bem como os pontos fortes e fracos nos domínios, elencando estratégias de mudança sugeridas nos estudos.

Foi evidenciado que o clima de segurança na UTI e CC é predominantemente fraco com médias dos domínios abaixo do recomendado (<75 pontos). Cinco dos seis domínios que compõem o instrumento SAQ apresentaram médias classificadas de moderadas a fracas, exceto o domínio “Satisfação no Trabalho” ao qual foi o único que apresentou médias para um clima de segurança do paciente positivo. Sendo assim, é notório que mesmo quando as dificuldades prevalecem nas UTI e/ou CC, os profissionais manifestaram satisfação no trabalho que exercem, valorizaram os colegas e a sua unidade de trabalho.

A “Percepção da gerência” foi a dimensão que apresentou menor escore na média dos estudos incluídos nesta pesquisa, inferindo-se que para os profissionais, os gestores são incipientes com a segurança do paciente, não possuem clareza dos riscos e possíveis EA a que os pacientes estão expostos.

Ao comparar as categorias profissionais, médicos e enfermeiros, identificou-se grande variabilidade na avaliação dos domínios, com os profissionais médicos apresentando pontuações mais elevadas em relação aos enfermeiros, estes também tenderam a escores mais baixos nas notificações dos EA. Para os demais resultados dos domínios do instrumento observa-se a necessidade de promover e implementar outras melhorias como o fortalecimento do trabalho em equipe, melhorando a comunicação e colaboração entre esses profissionais.

Dentre as estratégias sugeridas, as notificações dos EA são fundamentais pois, possibilitam o planejamento de processos mais seguros e permitem a prevenção de futuros incidentes, devendo ser encorajado o relato e a dinâmica das falhas. Os gestores devem investir em ações por meio da cooperação técnica, aperfeiçoamento da sua própria capacidade gerencial, bem como orientar, motivar e agregar conhecimento para fortalecer e promover a cultura e o clima de segurança do paciente.

No gerenciamento das questões relacionadas à segurança do paciente deve-se identificar as principais dificuldades e desafios enfrentados. Espera-se que os resultados encontrados nesta pesquisa auxiliem os gestores a fim de direcionar sobre

a reflexão e implementação de ações individuais para cada unidade crítica, com intuito de fortalecer o clima de segurança do paciente, considerando um compromisso integral de todos os níveis da organização (estratégico, político e operacional) motivando todos profissionais (desde a diretoria da instituição até o profissional que presta assistência direta ao paciente) como parte inerente deste processo de melhoria da cultura e do clima de segurança.

As limitações desta pesquisa foram a não utilização de busca na base de dados EMBASE devido sua indisponibilidade no ambiente acadêmico, inclusão de apenas duas unidades críticas hospitalares, não ter localizado nenhum artigo espanhol que atendessem aos objetivos e critérios de inclusão propostos.

A avaliação do clima de segurança do paciente nas unidades críticas é essencial para a promoção da cultura de segurança, contudo torna-se necessário avançar nas discussões, deste modo, sugere-se a realização de novas pesquisas referentes a elaboração de planos de ação, desenvolvimento de estratégias e sua implementação que possibilite o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e consequentemente do clima nestas unidades.

Considerando os resultados expressivos dos enfermeiros nesta pesquisa, os fatores ligados à lacuna da saúde do trabalhador estão fora do âmbito desta revisão, mas entende-se que deve ser preenchida por meio de novos estudos que abordem como o processo de trabalho do enfermeiro nas unidades críticas hospitalares influenciam na sua saúde e na qualidade da prestação do cuidado ao paciente.

Por fim, conclui-se que, o clima de segurança é percebido de forma distinta pelos profissionais de saúde e gestores, e avaliá-lo nas unidades é a ferramenta gerencial inicial que permite reconhecer os pontos fortes e fracos, para a qual a partir deste diagnóstico situacional a adoção de estratégias possam ser implementadas, reavaliadas se necessário, contribuindo na construção de novas práticas assistenciais em saúde, na qualidade da assistência e no desenvolvimento organizacional.

REFERÊNCIAS

- ABDI, Z. et al. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. **J Nurs Manag.**, v. 23, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23902287>. Acesso em: 23 mai. 2019
- ABREU, I. M. et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, n. esp, p. e20180198, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/en_1983-1447-rgenf-40-spe-e20180198.pdf. Acesso em: 24 jul. 2019.
- ABU-EL-NOOR, N. I. et al. Safety Culture in Neonatal Intensive Care Units in the Gaza Strip, Palestine: a need for policy change. **J Pediat Nurs.**, v. 33, p. 76–82, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596316304705?via=ihub>. Acesso em: 21 jun. 2019.
- AGUIAR, L. L. et al. Validação de instrumento de avaliação da segurança de pacientes renais em hemodiálise. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 6, p. 609-15, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/appe/v31n6/1982-0194-appe-31-06-0609.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2019.
- ALSALEM, G.; BOWIE, P.; MORRISON, J. Assessing safety climate in acute hospital settings: a systematic review of the adequacy of the psychometric properties of survey measurement tools. **BMC Health Serv. Res.**, v. 18, p. 353, 2018. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-018-3167-x>. Acesso em: 13 dez. 2018.
- ANDERSON, S. et al. Asking the right questions: Scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. **Health Res Policy Syst.**, v. 9, p. 6-7, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18613961>. Acesso em: 02 fev. 2019.
- ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Cienc Saúde Coletiva.**, v. 23, n. 1, p. 161-72, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0161.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2018.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. **Int J Social Res Method.**, v. 8, n. 1, p.19-32. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>. Acesso em: 01 fev. 2019.
- ATEFI, N. et al. Factors influencing registered nurses perception of their overall job satisfaction: a qualitative study. **Int Nurs Rev.**, v. 61, n. 3, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24902878>. Acesso em: 12 set. 2019.

BARBOSA, M. H. et al. Clima de segurança do paciente em um hospital privado. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, p. e1460015, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-1460015.pdf. Acesso em: 04 set. 2019.

BARBOSA, T. G. et al. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 3, p. 243-8, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0243.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018

BARLACH, L.; LIMONGI-FRANÇA, A. C.; MALVEZZI, S. O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. **Rev Interam Psicol. [Internet]**, v. 42, n. 1, p. 101-12, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n1/v42n1a11.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2019.

BEZERRA, W. R. et al. Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. **Rev Eletr Enf.**, v. 17, n. 4, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.33339>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BONDEVIK, G. T. et al. The Safety Attitudes Questionnaire- ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. **BMC Health Serv Res.**, v. 14, p. 139, 2014. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-139>. Acesso em: 18 set. 2018.

BRASIL. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 37, 25 fev. 2010, seção 1, p. 48.

BRASIL. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 abr. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 05 dez. 2018.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 28 set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 04 nov. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Consulta Pública nº 104, de 23 de dezembro de 2002. Normaliza o uso do álcool etílico líquido com concentração superior a 68% p/p e inferior a 90% p/p em organizações prestadoras de serviços de assistência à saúde humana e veterinária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2002. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B3631-1-0%5D.PDF>. Acesso em: 06 abr. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 3.012, de 1º de dezembro de 2009. Torna pública a proposta de Projeto de Resolução "Regulamento Técnico Mercosul para Produtos com Ação Antimicrobiana Utilizados em Artigos Críticos e Semi-críticos, Áreas Críticas e Semi-Críticas e Esterilizantes" e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3012_01_12_2009.html. Acesso em: 05 dez. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2013. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/Modulo_1_AssistenciaSegura.pdf Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implantação+do+Núcleo+de+Segurança+do+Paciente+em+Serviços+de+Saúde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>. Acesso em: 23 jun. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?** Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Como+posso+contribuir+para+aumentar+a+segurança+do+paciente/52efbd76-b692-4b0e-8b70-6567e532a716>. Acesso em: 06 set. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Rede sentinela**. 2018. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/rede-sentinela-apresentacao>. Acesso em: 05 fev. 2019.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **17 de setembro de 2019 – Dia Mundial da Segurança do Paciente!** 2019. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/noticias/167-17-de-setembro-de-2019-dia-mundial-da-seguranca-do-paciente-targetText=Na72a Assembleia Mundial da,lutar pela Segurança do Paciente!>. Acesso em: 08 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 06 nov. 2018.

BRAY, B. D. et al. How safe is renal replacement therapy? A national study of mortality and adverse events contributing to the death of renal replacement therapy recipients. **Nephrol Dial Transplant**. v. 29, n. 3, p. 681-7, 2014 Disponível em:

<http://ndt.oxfordjournals.org/content/29/3/681.long>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRUM, C. N.; ZUGE, S. S. Revisão Sistemática da literatura: desenvolvimento e contribuição para uma prática baseada em evidências na enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2017. p. 77-95.

CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION (CMHA). **Glossary**: Mental health promotion tool kit, 2014. Disponível em:

<http://cemh.lbpsb.qc.ca/understanding/CMHA-Mental-health-toolkit.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2019.

CAPPELEN, K. et al. Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in Norwegian nursing homes. **BMC Health Serv Res.**, v. 16, p. 446, 2016. Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1706-x>. Acesso em: 13 set. 2018.

CARNEY, B. T. et al. Sex differences in operating room care giver perceptions of patient safety: a pilot study from the Veterans Health Administration Medical Team Training Program. **Qual Saf Health Care.**, v. 19, p. 128-31, 2010. Disponível em:

<https://qualitysafety.bmj.com/content/19/2/128.long>. Acesso em: 08 jun 2019.

CARVALHO, P. A. et al. Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. suppl 1, p. 263-9, 2019.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/0034-7167-reben-72-s1-0252.pdf>. Acesso em: 14 set. 2019.

CARVALHO, P. A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 23, n. 6, p. 1041-8, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

CARVALHO, P. S. Cultura e mudança organizacional: compreendendo o indivíduo na organização. **Psicologia.pt**, v. 22, n. 5, 2015. Disponível em:

<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0893.pdf>. Acesso em: 12 set. 2019.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. e2849, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2849.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança**. 173 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2011.

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 575-82, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/a20v20n3.pdf>. Acesso em 09 set. 2018.

CAUDURO, F. L. F. et al. Safety culture among surgical center professionals. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 128-37, 2015. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/36645-151097-1-PB.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2018.

CHABOYER, W. et al. Safety culture in Australian intensive care units: Establishing a baseline for quality improvement. **Am J Crit Care**, v.2 2, n. 2, p. 93-102, 2013. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/22/2/93.long>. Acesso em: 15 jun. 2019.

CHAVEZ, A. C. et al. Understanding and researching wellbeing: Its usage in different disciplines and potential for health research and health promotion. **Health Educ J.**, v. 64, n. 1, p. 70-87, 2005. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001789690506400108>. Acesso em: 15 jul. 2018.

CIREBRAENSP- Congresso Internacional da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Segurança do Paciente: Avanços e Desafios para a Enfermagem. IN: **I Congresso Internacional da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. Campinas: SP, 2016.

COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**, v. 14, n. 5, p. 364–6, 2005. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/14/5/364.long>. Acesso em: 15 jul. 2018.

CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (CIREBRAENSP). **Segurança do Paciente: Avanços e Desafios para a Enfermagem**. IN: I Congresso Internacional da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Campinas, SP, 2016.

CORREGGIO, T. C.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC**, v.19, n. 2, p. 67-73, 2014. Disponível em: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/02_sobecc_v19n2.pdf. Acesso em: 29 mai. 2019.

COSTA, D. B. et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.27, n.3:e2670016, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n3/0104-0707-tce-27-03-e2670016.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2018.

COSTA, R.; LOCKS, M.O.H.; GIRONDI, J.B.R. Pesquisa exploratória descritiva. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. **Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. 1º reimpressão. Porto Alegre: Moriá Editora, 2017. p. 273-289.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; ROSA, M. B. **Erros acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados**. Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2016. Disponível em: https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=806&id_tipo=15. Acesso em: 23 ago. 2019

CRILLY, T.; JASHAPARA, A.; FERLIE, E. **Research utilisation & knowledge mobilisation: a scoping review of the literature**. Queen's Printer and Controller of HMSO, 2010. Disponível em: http://www.netssc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_ES_08-1801-220_V01.pdf. Acesso em: 03 fev. 2019.

CRUZ, E. D. A. et al. Safety Culture Among Health Professionals in a Teaching Hospital. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 1, p. e50717, 2018. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50717/pdf_en. Acesso em: 24 abr. 2018.

DAVIS, K.; DREY, N.; GOULD, D. What are scoping studies? A review of the nursing literature. **Int J Nurs Stud.**, v. 46, n. 10, p. 1386-1400, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19328488>. Acesso em: 02 fev. 2019.

DECARIA, J. E.; SHARP, C.; PETRELLA, R. J. Scoping review report: obesity in older adults. **Int J Obesity.**, v. 36, n. 9, p. 1141-50, 2012. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ijo201229.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

DE LA TORRE UGARTE GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Systematic review: general notions. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 45, n. 5, p. 1255-61, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a33.pdf. Acesso em: 19 dez. 2018.

DESCRIPTOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (DECS). **Consulta ao DeCS**. 2019. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>. Acesso em: 08 fev. 2019.

FARIAS, S. M. C. et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 45, n. 3, p. 722-9, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-22951>. Acesso em: 08 set. 2019

FRANCE, D. J. et al. Measuring and Comparing Safety Climate in Intensive Care Units. **Med Care**, v. 48, n. 3, p. 279-84, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20125046>. Acesso em: 23 mai. 2019.

FRANÇOLIN, L. et al. Patient safety management from the perspective of nurses'. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 49, n. 2, p. 275-81, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/0080-6234-reeusp-49-02-0277>. Acesso em: 30 mai. 2018

GABRANI, A. et al. Aplicação do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) em hospitais albaneses: um estudo transversal. **BMJ Open.**, v. 5, p. e006528, 2015. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e006528.info>. Acesso em: 13 set. 2018.

GASPARINO, R. C. et al. Perception of nursing regarding patient safety climate in public and private institutions. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 38, n. 3 p. e68240, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/en_0102-6933-rgenf-38-3-e68240.pdf. Acesso em: 10 dez. 2018.

GOMIDES, M. D. A. **Análise da cultura da segurança entre os profissionais da unidade de terapia intensiva adulto de uma instituição de ensino.** 142 p. Programa de pós-graduação stricto sensu (mestrado em gestão organizacional). Universidade Federal de Goiás, 2016.

GONZÁLES-LIMAS, W. R. et al. Revisión sistemática de las concepciones de cultura organizacional, **Univ. Salud.**, v. 20, n. 2, p. 200-14, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-904701>. Acesso em: 10 set. 2018.

GÖRAS, C. et al. Translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version), **BMC Health Serv Res.**, v. 13, p. 104, 2013. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-13-104>. Acesso em: 13 set. 2018.

GÖRAS, C. et al. Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. **BMJ Open.**, v. 7, n. 9, p. e015607, 2017. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/9/e015607>. Acesso em: 12 jun. 2019.

HAERKENS, M. H., JENKINS, D. H., VAN DER HOEVEN, J. G. Crew resource management in the ICU: the need for culture change. **Ann Int Care.**, v. 2, n. 1, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3488012/pdf/2110-5820-2-39.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

HAMDAN, M. Measuring safety culture in Palestinian neonatal intensive care units using the Safety Attitudes Questionnaire. **J Crit Care.**, v. 28, n. 5, p. 886.e7–886.e14, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23871504>. Acesso em: 12 jun. 2019

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. Third Report: Organizing for Safety. **ACSNI Study Group on Human Factors.** Londres: HMSO, 1993:23.

HENRY, L. et al. Evaluation of patient safety culture a survey of clinicians in a cardiovascular operating room. **Innovations.**, v. 7, n. 5, 2012. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1097/imi.0b013e31827e3625>. Acesso em: 26 mai 2019.

HILL, M. R. et al. Safety culture and the 5 steps to safer surgery: an intervention study. **Br J Anaesth.**, v. 114, n. 6, p. 958-62, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007091217314812?via=ihub>. Acesso em: 11 jun. 2019.

HORWITZ, S. K.; HORWITZ, I. B, The effects of organizational commitment and structural empowerment on patient safety culture: an analysis of a physician cohort. **J Health Organ Manag.**, v. 31, n. 1, p. 10-27, 2017. Disponível em: <https://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/JHOM-07-2016-0150>. Acesso em: 08 abr. 2018

HUANG, D. T. et al. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. **Int J Qual Health Care.**, v. 22, n. 3, p. 151-61, 2010. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/22/3/151/1884948>. Acesso em: 07 jun 2019.

HUANG, D. T. et al. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. **Crit Care Med.**, v. 35, n. 1, 2007. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=17110876>. Acesso em: 12. jun. 2019.

JHA, A. K. et al. Patient safety research: an overview of the global evidence. **Qual Safety Heal Care.**, v. 19, n. 1, p. 42-7, 2010. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/19/1/42.long>. Acesso em: 04 abr. 2018.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). **SUMARI User Manual: Version 5.0.** [Internet]. Adelaide; 2015. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/SUMARI-V5-User-guide.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.

KETIS, Z. K. et al. The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Slovenian version for the out-of-hours primary care setting. **BMC Health Serv Res.**, v. 17, n. 36, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237240/pdf/12913_2016_Article_1972.pdf. Acesso em: 13 set. 2018.

KHO, M. E. et al. Safety Climate Survey: reliability of results from a multicenter ICU survey. **Qual Saf Health Care.**, v. 14, p. 273-8, 2005. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/14/4/273.long>. Acesso em: 14 set. 2018.

KOHN, L.T; CORRIGAN, J. M; DONALDSON, M. S. **To err is human:** building a safer health system. Institute of Medicine, National Academy Press, 2000.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. et al. Patient safety climate among nursing staff: contributing factors. **Acta Paul Enferm.**, v. 30, n. 5, p. 531-7, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/apv30n5/en_0103-2100-ape-30-05-0531.pdf. Acesso em: 10 set. 2018.

KUNZLE, B.; KOLBE, M.; GROTE, G. Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: a literature review. **Saf Sci.**, v. 48, n. 1, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753509001143>. Acesso em: 12 set. 2019.

KURGANT, P.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: KURGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 59-73.

LEMOS, G. C. et al. Cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Rev Enfer Cent-Oeste Min.**, v. 8, e2600, 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600>. Acesso em: 10 set. 2018.

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. K. Scoping studies: advancing the methodology. **Implement Sci.**, v. 5, p. 69, 2010. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-69>. Acesso em: 02 fev. 2019.

LIMA, C. S. P.; BARBOSA, S. F. F. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UERJ.**, v. 23, n. 2, p. 222-8, 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a13.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2018.

LORENZINI, E. **Cultura de segurança do paciente: estudo com métodos mistos**. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/158408>. Acesso em: 02 abr. 2018.

LOURENÇÃO, D. C. A.; TRONCHIN, D. M. R. Clima de segurança em centro cirúrgico: validação de um questionário para o cenário brasileiro. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, n. 20, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.47570>. Acesso em: 11 jun. 2019.

LOURENÇÃO, D. C. A.; TRONCHIN, D. M. R. Segurança do paciente no ambiente cirúrgico: tradução e adaptação cultural de instrumento validado. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/appe/v29n1/1982-0194-appe-29-01-0001.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

LUIZ, R. B. et al. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 23, n. 5: 880-7, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00880.pdf. Acesso em: 05 mar. 2018.

MACEDO, S. M. K. **Desenvolvimento organizacional da atenção primária à saúde: estratégias para o fortalecimento da segurança do paciente**. 171 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019.

MAGALHÃES, F. H. L. et al. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 40, n. esp, p. e20180272, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v40nspe/1983-1447-rge/v40nspe-e20180272.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 6, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600015&. Acesso em: 12 set. 2019.

MAIA, C. S. et al. Registry of adverse events related to health care that results in deaths in Brazil, 2014-2016. **Epidemiol Serv Saúde.**, v. 27, n. 2, p. e2017320, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/2237-9622-ress-27-02-e2017320.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

MAKARY, M. A. et al. Patient Safety in Surgery. **Ann Surg.** [Internet], v. 243, n. 5, p. 628-35, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1570547/>. Acesso em: 11 jun. 2019.

MALKI, A. A.; ENDACOTT, R.; INNES, K. Health professional perspectives of patient safety issues in intensive care units in Saudi Arabia. **J Nurs Manag.**, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12536>. Acesso em: 25 mai. 2019.

MANRIQUE, B. T. et al. Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. **Acta Paul Enferm.**, v. 28, n. 4, p. 355-60, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000400011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 dez. 2018.

MANSER, T.; BRÖSTERHAUS, M.; HAMMER, A. You can't improve what you don't measure: Safety climate measures available in the German-speaking countries to support safety culture development in healthcare. **Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFG)**, v. 114, p. 58-71, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S186592171630143X?via=ihub>. Acesso em: 19 jun. 2018.

MARINHO, M. M.; RADÜNZ, V.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 3, p. 581-90, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf. Acesso em: 10 set. 2019.

MATIELLO, R. D. C. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. esp, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45408>. Acesso em: 23 ago. 2019.

MAURÍCIO, L. F. S. et al. Prática profissional do enfermeiro em unidades críticas: avaliação das características do ambiente de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100315&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 01 out. 2019.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-84, 2009. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/279/1801452>. Acesso em: 22 jun. 2018.

MINUZZI, A. P. et al. Contributions of healthcare staff to promote patient safety in intensive care. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 121-9, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0121.pdf. Acesso em: 24 abr. 2018

MOHER, D. et al. The PRISMA Group Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med**, v. 6, n. 7, p. 1-6, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621072>. Acesso em: 21 dez. 2018.

MORELLO, R. T. et al. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. **BMJ Qual Saf.**, v. 22, p. 11-18, 2013. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/22/1/11>. Acesso em: 21 dez. 2018.

MUNN, Z. et al. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. **BMC Med Res Method.**, v. 18, n. 143, 2018. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12874-018-0611-x>. Acesso em: 06 fev. 2019.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Livre de danos:** acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de *To Err Is Human*. Boston (US): The National Patient Safety Foundation, 2015. Disponível em: https://c.ymcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm_portugues-br.pdf. Acesso em: 17 dez. 2018.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev Min Enferm.**, v. 17, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>. Acesso em: 10 set. 2019.

NEAL, A.; GRIFFIN, M.A.; HART, P.M. The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. **Saf. Sci.**, v. 34, n. 1, p. 99-109, 2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753500000084>. Acesso em: 19 dez. 2018.

NGUYEN. G. et al. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. **BMC Health Serv Res.**, v. 15, p. 284, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4512154/>. Acesso em: 11 set. 2019.

NOTARO, K. A. M. et al. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, p. e3167, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692019000100351&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 set. 2019.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc Anna Nery.**, v. 18, n. 1, p. 122-9, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2018.

ONGUN, P.; INTEPELER, S. S. Operating room professionals' attitudes towards patient safety and the influencing factors. **Pak J Med Sci.**, v. 33, n. 5, p. 1210-4, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5673735/pdf/PJMS-33-1210.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização PanAmericana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf. Acesso em: 13 dez. 2018.

PAGANI, S.; CROZETA, K.; CRISIGIOVANNI, A. B. R. Cultura de segurança do paciente: avaliação de enfermeiros. **Rev. Rene.**, v. 20, p. e39782, 2019. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/41154/1/2019_art_spagani.pdf. Acesso em: 28 mai. 2019.

PAESE, F; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 302-10, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>. Acesso em: 28 mai. 2019.

PETERS, M. D. J. et al. Chapter 11: Scoping Reviews. In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**. The Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>. Acesso em: 31 jan. 2019.

PHIPPS, D. L. et al. Evaluation of the Pharmacy Safety Climate Questionnaire in European community pharmacies. **Int J Qual Health Care.**, v. 24, n. 1, p. 16-22, 2012. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/24/1/16/1804410>. Acesso em: 11 set. 2018.

POLEY, M. J. et al. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. **Pediatr Crit Care Med.**, v. 12, n. 6, 2011. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=21572367>. Acesso em: 10 jun. 2019.

POUSETTE, A. et al. The relationship between patient safety climate and occupational safety climate in healthcare: a multi-level investigation. **J Saf Res.**, v. 61, 187–98, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022437517301718>. Acesso em: 10 abr. 2018.

PROFIT, J. et al. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. **Arch Dis Child Fetal Neonatal.**, v. 97, n. 2, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4030665/>. Acesso em: 21 mai. 2019

RAFTOPOULOS, V.; PAVLAKIS, A. Safety climate in 5 intensive care units: a nation wide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. **J Crit Care.**, v. 28, p. 51-61, 2013. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0883944112001529?token=8E20F12B3D44AB0B67CFE15CE67777287C2FAB71E46A869DB0C3E2C13B3249999B475BD1CE54AF430BF3763A0C6C84B7>. Acesso em: 20 nov. 2018.

REICHERS, A., SCHNEIDER, B. **Climate and culture: an evolution of constructs**. San Francisco: Jossey-Bass; 1990.

REIS, C. T. Cultura de Segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 75-100. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vtq2b/pdf/sousa-9788575415948.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

REIS, C. T.; PAIVA, S. G.; SOUSA, P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. **Int J Qual Health Care.**, v. 30, n. 9, p. 660-77, 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/advance-article/doi/10.1093/intqhc/mzy080/4998840>. Acesso em: 20 nov. 2018.

REIS, G. A. X. et al. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 2, 2017a. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e00340016.pdf. Acesso em: 29 mai. 2019.

REIS, F. F. P. et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online]**, v. 6, n. 2, p. 34-48, 2017b. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1991>. Acesso em: 29 mai. 2019.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>. Acesso em: 04 set. 2019.

RODRIGUES, C. C. F. M.; SANTOS, V. E. P.; SOUSA, P. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 1141-7, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1083.pdf. Acesso em: 08 set. 2019.

RODRIGUES, T. D. F. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 454-62, 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/549>. Acesso em: 31 mar. 2019.

ROSSI, P. J.; EDMISTON JUNIOR, C. E. Patient Safety in the Critical Care Environment. **Surg Clin N Am.**, v. 92, p. 1369-86, 2012. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0039610912001570/1-s2.0-S0039610912001570-main.pdf?_tid=1f9225be-8497-405b-b0ec-1d246d847c6c&acdnat=1544454478_d36615ed35560ca699b5031024f32088. Acesso em: 05 dez. 2018.

RUMRILL, P. D.; FITZGERALD, S. M.; MERCHANT, W. R. Using scoping literature reviews as a means of understanding and interpreting existing literature. **Work.**, v. 35, n. 3, p. 399-404, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20364059>. Acesso em: 11 set. 2019.

RUVIARO, M. F. S.; BARDAGI, M. P. Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do RS. **Barbarói.**, v. 33, p. 194-216, 2010. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1555/1317>. Acesso em: 11 set. 2019

SAITO, D. Y. T. **Problemas éticos dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde:** scoping review. 149 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 49, n. esp, p. 123-30, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0123.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 15, n. 3, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf. Acesso em: 16 dez. 2018.

SCHNEIDER, B.; EHRHART, M. G.; MACEY, W. H. Organizational climate and culture. **Annual Review of Psychology**, v. 64, 361-88, 2013. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-psych-113011-143809>. Acesso em: 05 mar. 2018.

SCHWENDIMANN, R. et al. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. **BMJ Qual Saf.**, v. 22, n. 1. 2013. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/22/1/32.long>. Acesso em: 10 set. 2019.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res.**, v. 6, n. 44, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/>. Acesso em: 09 set. 2018.

SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. Ações de enfermagem para segurança do paciente em hospitais: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, n. 2, p.1016-24, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13472/16174>. Acesso em: 23 jul. 2019

SMITS, M. et al. Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. **Scand J Prim Health Care.**, v. 36, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2018.1426150>. Acesso em: 11 set. 2019.

SNIJDERS, C. et al. Which aspects of safety culture predict incident reporting behavior in neonatal intensive care units? A multilevel analysis. **Crit Care Med.**, v. 37, n. 1, p. 61–7, 2009. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=19050606>. Acesso em: 06 set. 2019.

STUMM, E. M. F. et al. Estressors and symptoms of stress lived by health workers in a surgical center. **Rev Min Enferm.**, v. 12, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/238>. Acesso em: 08 set. 2019.

SILLERO-SILLERO, A.; ZABALEGUI, A. Safety and satisfaction of patients with nurse's care in the perioperative. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 27, p. e3142, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/en_1518-8345-rlae-27-e3142.pdf. Acesso em: 09 set. 2019.

SILVA-BATALHA, E.M.S.; MELLEIRO, M.M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: Diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 432-41, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf. Acesso em: 12 set. 2019.

SILVA, N. D. M. et al. Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 3, p. 487-94, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/0080-6234-reeusp-50-03-0490.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

SILVA, V. F. **Atitudes de segurança do paciente**: Percepções da equipe de saúde de unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino do Distrito Federal. 97 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília, 2018.

ŠKLEBAR, I. et al. How to improve patient safety culture in croatian hospitals? **Acta Clin Croat**, v. 55, p. 370-80, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ca41/314a1ff3da254dc7384e56a5d9728705b411.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018

SOH, S. E. Measuring safety climate in acute hospitals: Rasch analysis of the safety attitudes questionnaire. **BMC Health Serv Res**, v. 16, n. 497, 2016. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-016-1744-4>. Acesso em: 13 set. 2018.

SORRA, J. S. et al. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**: user's guide. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

SOUSA, M. R. et al. Prevalence of adverse events in a hemodialysis unit. **Rev enferm UERJ**, v. 24, n. 6, p. e18237, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18237/20985>. Acesso em: 10 dez. 2018.

TAYLOR, J. A.; PANDIAN, R. A dissonant scale: stress recognition in the SAQ. **BMC Res Notes[Internet]**, v. 6, n. 302, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3733616/pdf/1756-0500-6-302.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

THE HEALTH FOUNDATION. **Measuring safety culture**. 2011. London: The Health Foundation. Disponível em: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

THE HEALTH FOUNDATION. **Safety management**. 2018. London: The Health Foundation. Disponível em: <https://patientsafety.health.org.uk/node/12985>. Acesso em: 22 dez. 2018.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para Atenção Primária. Brasília. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 1, p. 26-37, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/1982-0194-ape-29-01-0026.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2018

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 1, p. 161-9, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00161.pdf. Acesso em: 02 mai. 2018.

TONDO, J. C. A.; GUIRARDELLO, E. B. Perception of nursing professionals on patient safety culture. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 70, n. 6, p. 1355-60, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1284.pdf. Acesso em: 09 set. 2019.

TOSO, G. L. et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 4, p. e58662, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-144720160458662.pdf>. Acesso em: 09 set. 2019.

TRAVASSOS, C. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev Port Saúde Pública**, v. 10, 74-80; 2010. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/a-magnitude-financeira-dos-eventos-adversos-em-hospitais-X0870902510898606>. Acesso em: 09 abr. 2018.

TRONCHIN, D. M. R.; FREITAS, G. F.; MELLEIRO, M. M. Avaliação de Serviços, Qualidade e Segurança do Paciente no Setor de Saúde. In: KURGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 59-73.

VASCONCELOS, P. F. et al. Instruments for evaluation of safety culture in primary health care: integrative review of the literature. **Public Health.**, v. 156, p. 147-51, 2018. Disponível em: [https://www.publichealthjrnal.com/article/S0033-3506\(18\)30003-9/abstract](https://www.publichealthjrnal.com/article/S0033-3506(18)30003-9/abstract). Acesso em: 21 set. 2018.

VERBAKEL, N. J. et al. Measuring safety culture in Dutch primary care: psychometric characteristics of the SCOPE-PC questionnaire. **BMC Health Serv Res.**, v. 13, n. 354, 2013. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-354>. Acesso em: 16 set. 2018.

VOGUS, T. J.; SUTCLIFFE, K. M. The safety organizing scale development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. **Med Care.**, v. 45, n. 1, p. 46-54, 2007. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=17279020>. Acesso em: 16 set. 2018.

WAGNILD, G. A review of Resilience Scale. **J Nurs Measurem.**, v. 17, n. 2, p. 105-13, 2009. Disponível em: <https://connect.springerpub.com/content/sgrjnm/17/2/105>. Acesso em: 29 ago. 2019.

WALTON, M. M. et al. Patients' reports of adverse events: a data linkage study of Australian adults aged 45 years and over. **BMJ Qual Saf.**, v. 26, p. 743-50, 2017. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/26/9/743.full.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. Ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery.**, v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2019.

WIEGMANN, D. A. et al. **A synthesis of safety culture and safety climate research**. University of Illinois at Urbana-Champaign, 2002. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/27ad/dc4f24ccb05478156e5d1cbbb1acb6493f90.pdf>. Acesso em: 06 set. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: forward programme**. Geneva, 2005.

ZENERE, A. et al. Assessing safety culture in NICU: psychometric properties of the Italian version of Safety Attitude Questionnaire and result implications. **J Eval Clin Pract**, v. 22, n. 2, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jep.12472>. Acesso em: 12 set. 2018.

